Nr. 32 i 33. 14. sierpnia 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Tadeusz FALKIEWICZ. Asystent kliniki. Lwów.

Przyczynek do ropoznawania rwy kulszowej.

Z kliniki chorób nerwowych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. H. Halban.

Rwa kulszowa jako schorzenie nerwu obwodowego zasadniczo nie sprawia lekarzowi trudności rozpoznawczej. I może właśnie dlatego, że z jednej strony jest chorobą dość częstą, a z drugiej strony chory sam podaje zazwyczaj charakterystyczne jej objawy, nierzadko się zdarza, że dochodzi się do rozpoznania po stosunkowo pobieżnem badaniu; zapomina się przytem, że może się mieć do czynienia nie z samoistną, a więc właściwą, natomiast z rwą kulszową objawową.

Samoistna rwa kulszowa jest chorobą, której podłoża anatomicznego prawie nie znamy, bo nawet często w tych przypadkach rwy, które klinicznemi objawami (osłabienie odruchu piętowego i i.) wskazują na zapalenie nerwu, nie udało się wykazać większych, charakterystycznych zmian w samym nerwie; najczęściej znajdywane zmiany ograniczają się do zgrubienia pochewki nerwowej. Z drugiej strony istnieje cały szereg form przejściowych od rwy z objawami zapalenia nerwu *(neuritis)* do rwy bez obj. zapalenia nerwu *(neuralgia n. ischiadici.)*, w których się wogóle nie możemy spodziewać jakichś zmian anatomicznych. Do objawowej rwy kulszowej należą wszelkie inne przyp. bolów w zakresie nerwu kulszowego, dla których przyczyną jest organiczna zmiana, leżąca w sąsiedztwie nerwu i powodująca przez ucisk objawy rwy kulszowej, lub przypadki, dla których przyczyna leży w ogólnej chorobie organizmu jak np. kiła, albo w ogólnem zatruciu ustroju, (n. p. ołowica, cukrzyca). Trudności rozpoznawcze pomimo udoskonalonych w ostatnich latach metod badania fizykalnego i serologicznego przedstawiają przedewszystkiem przypadki rwy kulszowej symptomatycznej, które przebiegają z objawami ze strony nerwu kulszowego typowymi dla rwy samoistnej. Szczególnie w cięższych przypadkach są objawy te tak dominujące w pewnych okresach choroby, że odwracają uwagę lekarza od podstawowego cierpienia organicznego, skupiając wszystkie jego starania na dolegliwościach podmiotowych chorego. Utrzymanie granicy ścisłej między rwą samoistną *(neuralgia* i *neuritis nervi ischiadici)*, a rwą objawową jest konicczncm przedewszystkiem ze względu na leczenie; gdy bowiem w pierwszym wypadku leczymy samą rwę, to w drugim przedewszystkiem musimy usunąć przyczynę wywołującą objawy rwy.

Pomyłki rozpoznawcze są mniej rzadkie jakby się zdawać mogło, dowodem tego 8 przypadków, które w przeciągu niezbyt długiego czasu mieliśmy sposobność obserwowania na klinice.

Objawy rwy kulszowej mogą powstać wskutek 1) zmian chorobowych miejscowych, jak w pierwszym rzędzie zmiany kostne dolnego odcinka kręgosłupa, miednicy, kości udowej; dalej guzy tych okolic, ropnie opadowe i t. d. 2) chorób ogólnych, a tu przedewszystkiem kiła, następnie zatrucia jak np. ołowiem. Do wyjątkowych przypadków musimy zaliczyć rwę objawową, występującą w przebiegu chorób narządu krwiotwórczego.

Najczęstszą przyczyną wystąpienia objawów rwy nerwu kulszowego są początkowe zmiany chorobowe, toczące się w dolnym odcinku kręgosłupa. W tych przypadkach cierpienie zaczyna się zwykle od bólów w krzyżach, które mogą być usadowione tylko po jednej stronie kręgosłupa, najczęściej jednak występują obustronnie; potem przenosi się ból w kończyny dolne; nierzadko mamy do czynienia do końca choroby z jednostronną rwą kulszową.

Jeżeli chodzi o rodzaj cierpienia kostnego, to może ono być najrozmaitszego pochodzenia. Lupo 1) podaje, że w 90% przypadków objawów ze strony nerwu kulszowego, można znaleść zmiany w budowie szkieletu. Z tego 35% przypada na *lumboarthritis chronica*, 25% na zrośnięcie 5-tego kręgu lędźwiowego z kością krzyżową, 17% na uraz, 12% stanowi *spondylitis tbc.*, 10% skostnienie więzadeł lędźwiowo-krzyżowych. Bertoletti 2) oblicza na 80% te przypadki rwy, które są następstwem zmian w 5-tym kręgu lędźwiowym. Bauman 3) opisuje jako oddzielną grupę rwy objawowej przypadki, w których wyrostki poprzeczne, zwłaszcza 3-ciego i 5-tego kręgu lędźwiowego, powodują ucisk na korzonki. We wszystkich tych przypadkach zwracała uwagę bolesność na ucisk z boku kręgosłupa. Podobnie Dauforth i Wilson 4) odnoszą największą ilość przypadków rwy objawowej do ucisku na 5-ty korzonek lędźwiowy, podając jako przyczynę skrzywienie kręgów, exostozy, zwężenie otworów międzykręgowych, proces niszczący kość na tle gruźlicy i t. d. Meisels 46) podaje przypadek *spodylolisthesis* czyli przesunięcia 5-tego kręgu lędźwiowego ku dołowi i przodowi z następowemi bólami ischiatycznemi i skoljozą ischiatyczną.

Lindstedt 5) tłumaczy w 8% rwy wystąpienie tejże przez *spondylitis deformans*. Resztę przypadków odnosi do innego schorzenia, przedewszystkiem stawowego, w kończynach dolnych, uważając nawet swoistą rwę kulszową jak i lumbago 6) za neuralgję irrydacyjną, spowodowaną przez obwodowe bodźce drażniące. Inaczej zapatruje się na tę zależność rwy od zmian w kręgach Petren 7). Na 61 przypadków tego autora, z których wszystkie były badane rentgenologicznie, 21 wykazywało zmiany odpowiadające *spondylitis deformans*, a tylko w 4 przypadkach przyjmuje Petren przyczynowy związek między rwą, a temi zmianami kostnemi.

Z nieprawidłowości rozwojowych dolnego odcinka kręgosłupa, które mogą warunkować wystąpienie rwy wzgl. najczęściej tylko zespołu objawów bardzo zbliżonego do rwy (Matzdorff 8) jest rozszczepienie kręgosłupa ukryte. *(spina bifida occulta)*. Interesującą rzeczą jest, że rwa występuje tu nieraz dopiero u osobników dorosłych, w okresie kiedy jakiś inny czynnik szkodliwy zadziała jak np. ciąża, służba wojskowa (Gudzent 9). Zgadza się to zresztą z wynikami Weskotta 10), który nie uważa rozszczepienia kręgosłupa za moment predysponujący do wystąpienia rwy. Simieska 11) znalazł w 600 przypadkach rwy kulszowej tylko w 1-dnym brak łuku w pierwszym kręgu krzyżowym, Margulis 12) na swym materjale rwy za lata 1910—1920, znajduje tylko 3 przypadki z rozszczepieniem kręgosłupa ukrytem. Wszyscy ci autorowie robili w każdym przypadku rwy dokładne zdjęcie rentgenologiczne dolnego odcinka kręgosłupa.

Do błędów przy rozpoznawaniu rwy kulszowej, które nieraz przez długi czas maskują prawdziwy stan chorobowy należą objawowe rwy wywołane przez nowotwory dolnego odcinka kręgosłupa. O ile bowiem jest łatwo uniknąć omyłki rozpoznawczej przy przerzutach nowotworów do kręgosłupa, o tyle pierwotne guzy odcinka lędźwiowego i krzyżowego mogą częstokroć przez długi czas ukrywać się poza objawową rwą kulszową.

Ratkóczi 13) opisuje taką rwę objawową, gdzie mięsak I.—III-go kręgu krzyżowego był właściwą przyczyną cierpienia. Leszynsky 14) oblicza na 25% ogólnej rwy, przypadki rwy objawowej, z tego guzy pierwotne i wtórne zajmują 4-te miejsce. Reys 15) określa tego rodzaju rwę, gdzie ucisk z wewnątrz lub zewnątrz kręgosłupa daje powód do omyłek rozpoznawczych, jako *paraischias*. Siebert 16) opisuje 4 przypadki, gdzie mięsak miednicy był przyczyną wystąpienia objawowej rwy.

Poniżej opiszemy przypadek nowotworu IV.—V-tego kręgu lędźwiowego, rozpoznawanego i leczonego przez długi czas jako samoistną rwę kulszową:

Przypadek I. M. L., lat 57, zachorował przed 7-dmiu miesiącami wśród objawów bolesności w podżebrzu prawem, która po pewnym czasie ustąpiła. Utrzymywały się natomiast łamania w lewym pośladku i dotkliwe bóle w krzyżach. Przemijające zaburzenia w oddawaniu moczu połączone z bolesnością ustąpiły b. szybko. Wezwany lekarz stwierdził rwę kulszową i zalecił pozostanie w łóżku. Po dwóch miesiącach udał się chory do prowincjonalnego szpitala, gdzie pobierał injekcje mleka i nagrzewania. Po tem leczeniu ustąpiły bole w krzyżach i nodze, natomiast powtórzyły się bole w podżebrzu prawem. Zdjęcie rentgenologiczne wykazało wówczas podobno jakieś zmiany w nerce prawej. Wystąpiły ponownie utrudnienia w oddawaniu moczu. Przyjęty na klinikę chirurg., na operację jednak przypuszczalnego guza nerki nie chciał się zgodzić. 19. I. 1926 zgłasza się ponownie na klinikę chirurgiczną ze skargami na bolesność w prawem podżebrzu i silny ból wzdłuż nogi lewej. 25. I. 1926 wykonano w uśpieniu chlorkiem etylu naciągnięcia dolnej kończyny lewej. 28. I. 1926. przyjęty na klinikę neurologiczną, gdzie badany wykazuje: Wrodzony zez zbieżny oka lewego; zresztą w nerwach mózgowych żadnych zmian. Kończyny górne bez zmian. Kręgosłup wykazuje w części piersiowej nieznaczną skoljozę z wypukłością zwróconą na stronę prawą. Wybitna bolesność IV-tego kręgu lędźwiowego

i niżej do połowy kości krzyżowej, występująca przy najlżejszem dotknięciu. Również bolesna jest okolica tych kręgów po stronie lewej, dalej całe lewe udo i tylna powierzchnia podudzia. Tkliwość przy obmacywaniu więzadła pachwinowego lewego. Przy odwodzeniu kończyny lewej bolesności niema. Obwód podudzia lewego jest o 1 cm mniejszy od prawego. Odruch kolanowy lewy słabszy od prawego, odr. Achil. lewy nieco słabszy od prawego, Lasègue po lewej wybitnie dodatni, Krzemicki ujemny. Czucie niezaburzone. Ruchy czynne obu kończyn dolnych zachowane, w lewej mniej swobodne z powodu bolesności. Babiński ujemny. O. W. ujemny. Zdjęcie rentgenologiczne kręgów wykazuje: wyrostek poprzeczny lewy i lewa połowa trzonu kręgu V-tego lędźw. zupełnie zniszczone, pozostały jedynie cienkie blaszki kostne przy obu powierzchniach stawowych. Kontury ubytku nierówne, poszarpane. Wyrostek kolczysty V-tego lędźw. częściowo zniszczony. Rozpoznanie: Nowotwór V-tego kręgu lędźwiowego.

6. III. 1926. wystąpił w okolicy lędźwiowej, na wysokości 4L-IS, 4 cm od linji środkowej, po stronie prawej kręgosłupa, guz wielkości mandarynki, bardzo bolesny, nieprzesuwalny. Guz ten punktowano, przyczem wydobyto nieco płynu surowiczego z obfitą domieszką krwi. Równocześnie wystąpiły zaburzenia czucia w obrębie I. S. — 4. S, pod postacią typowej „Reithosenanesthesie" i ciągnące bole w kończynach dolnych.

Z powyższej historji choroby widzimy, że objawową rwę kulszową uważano przez 7 miesięcy za rwę samoistną i dopiero dokładne zdjęcie rentgenologiczne dolnego odcinka kręgosłupa wyjaśniło właściwe pochodzenie bolów korzonkowych o typie rwy kulszowej. Rozpoznanie prawdziwe było w tym przypadku o tyle trudniejsze, że chory przez cały niemal czas obserwacji skarżył się na rwę tylko lewostronną i dopiero po wystąpieniu guza w prawej okolicy lędźwiowej miał bole obustronne.

Przypadek następny odnosi się do chorej z mięsakiem kostnym w okolicy lędźwiowej, który w okresie początkowym choroby, ukryty, powodował wystąpienie objawów rwy.

P r z y p a d e k II. E. S. lat 28, przyjęta na klinikę 5. X. 1925. z powodu stałych bolów w obu kończynach dolnych i niemożności chodzenia. Wywiady: Zachorowała przed 6-ciu miesiącami wśród objawów napadowych bolów w okolicy kości krzyżowej. Bole te wzmagały się przy wszelkich ruchach i miały charakter kłucia lub też szarpania. W dwa miesiące potem wystąpiły bole w lewej kończynie dolnej, szczególnie zaś w pachwinie, w jakiś czas potem i w prawej kończynie dolnej i równocześnie osłabienie chodu. Rozpoznanie lekarza prywatnego wówczas brzmiało: rwa kulszowa. Chora przebywała przez 5 tygodni w miejscu kąpielowem i pobierała kąpiele siarczane, jednak bez najmniejszego skutku.

Stan przedmiotowy chorej w dniu przyjęcia był następujący: Chora zupełnie nie chodzi: leży z kończynami silnie zgiętemi w stawie biodrowym i kolanowym, ponieważ przy wyprostowanych kończynach odczuwa silne bole pod kolanami. Na polecenie wyprostowania kończyn, prostuje je, lecz niezupełnie, tak że w stawie kolanowym pozostaje obustronnie przykurcz, którego nie można i czynnie pokonać z powodu bolu pod kolanami. Wyprostowaną kończynę prawą zgina chora z trudem posuwając stopą po pościeli; lewej własną siłą nie może zgiąć. Wyprostowanych kończyn w kolanach nie potrafi unieść ku górze. Ruchy stopą, tak w kierunku grzbietowym jak i podeszwowym upośledzone i tylko z bardzo małą siłą motoryczną możliwe. Palcami porusza. Odruchy kolanowe zniesione, taksamo odr. Achillesa. O. Babińskiego ujemny. Przy próbie Lasègua występuje silny ból pod kolanami. Mięśnie kończyn dolnych wiotkie, jednak różnicy w objętości nie stwierdza się. Ucisk na pnie nerwowe na kończynach dolnych bolesny. Kręgosłup od połowy kręgów piersiowych, przy obmacywaniu tkliwy. Czucie po zewnętrznych stronach obu podudzi obniżone na ból i temperaturę. W obrębie krocza i górnych części ud nieznaczna przeczulica..

W obrębie szczęki dolnej, po stronie prawej macalny guz, twardy, wielkości śliwki, niebolesny.

Badanie ginekologiczne nie wykazało zmian w narządach rodnych. Zdjęcie rentgenologiczne części lędźwiowej kręgosłupa i kości krzyżowej nie wykazało zmian kostnych.

Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

16. X. 1925. wystąpił na wysokości dolnych kręgów lędźwiowych, po stronie lewej rozlany naciek, dość twardy, wielkości dłoni, macalny pod skórą. Okolica tego nacieku jest na znacznej przestrzeni jakby obrzękła. Chora leży obecnie przeważnie na boku lewym z kończynami zgiętemi jak w dniu przyjęcia. Nakłucie próbne nacieku nie wykazało ropy.

19. X. 1925. stwierdzono trzeci guz w okolicy grzebienia kości łonowej, niebolesny, twardy, wychodzący prawdopodobnie z kości.

Uznano wszystkie te trzy zmiany za mięsaki kostne i rozpoczęto, celem leczenia, naświetlać je promieniami Roentgena. Istotnie pod wpływem Roentgena guzy te zaczęły się zmniejszać, a bóle w kończynach dolnych stały się znacznie łagodniejsze. Wiotkie niedowłady kończyn dolnych okazywały tendencję do poprawy. Z tym stanem chora opuściła klinikę, aby po 6-ciu tygodniach poddać się naświetlaniu ponownie.. O dalszym losie chorej nie można się niczego dowiedzieć z powodu fałszywego adresu, podanego przez chorą.

I w tym przypadku, jak widać z historji choroby, symptomatyczne nerwobóle uchodziły przez kilka miesięcy za samoistną rwę kulszową. Dopiero wystąpienie obustronnych nerwobólów, brak poprawy po zwykłem leczeniu, a następnie wystąpienie niedowładów w kończynach dolnych kazało szukać innej przyczyny organicznej dla tego cierpienia. Rozpoznanie było w tym przypadku o tyle trudniejsze, że zdjęcie rentgenologiczne kośćca nie wykazało żadnych zmian. Dopiero w czasie obserwacji chorej, wykazanie guzów w okolicy lędźwiowej i na grzebieniu kości łonowej pchnęło nasze rozpoznanie na właściwe tory.. Guz pod prawą szczęką dolną, który z początku obserwacji był rozpoznawany jako *lymphoma colli*, był oczywiście, wobec wystąpienia podobnych guzów na innych miejscach kośćca, niczem innem, jak tylko również mięsakiem kostnym, co potwierdził, przedewszystkiem, natychmiastowy prawie rezultat naświetlania Roentgenem.

W przypadku następnym zimny ropień w okolicy kręgosłupa lędźwiowego powodował rwę objawową.

P r z y p a d e k III. Z. S. lat 43, przyjęty na klinikę dnia 4. III. 1925 z powodu silnych bolów w krzyżach i nodze prawej.

Wywiady: W r. 1920 spadł chory z drabiny, przyczem uderzył się w krzyże i kolano. Od tego czasu ma ustawiczne bole w krzyżach. W r. 1923 spadł ponownie i od tego czasu odczuwa prócz bolu w krzyżach, również ból w prawem kolanie, który idzie wzdłuż bocznej i środkowej powierzchni uda do pachwiny i kości krzyżowej. Z początkiem r. 1924 przeszedł zapalenie opłucnej i był czterokrotnie punktowany.

Przedmiotowo: Wyraźna skoljoza z wypukłością, zwróconą ku stronie lewej; kręgosłup w dolnej części lędźwiowej i krzyżowej bolesny na ucisk. Wyraźna bolesność w okolicy *synchondrosis sacro-iliaca* i w typowych punktach wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego. Cała kończyna dolna prawa jest cieńsza od lewej. Objaw Lasègue'a i Krzemickiego po prawej dodatni. Odruch kolanowy prawy jest nieco żwawszy od lewego. Zdjęcie rentgenologiczne wykazuje: Wyrostek poprzeczny lewy kręgu lędźwiowego V. silniej wykształcony, szerszy i dłuższy, dochodzi aż do grzebienia kości biodrowej.

Podczas obserwacji stan chorego, mimo podawania preparatów salicylowych nie uległ żadnej poprawie. Stale stan podgorączkowy.

4. IV. 1925 wystąpił obrzęk po prawej stronie, dolnej części lędźwiowej kręgosłupa, nieznacznie bolesny i wykazujący fluktuację. Nakłucie próbne wykazało ropę. Po wydobyciu 100 cm^3 ropy, chory ze znaczną poprawą opuścił klinikę.

Epikryza: U tego chorego fałszywe rozpoznanie rwy kulszowej zostało sprostowane, dopiero gdy wystąpił obrzęk obok kręgosłupa, który się okazał ropniem zimnym. Przez cały czas obserwacji nerwoból był jednostronny.

Poza miednicą i dolnym odcinkiem kręgosłupa, również zmiany chorobowe w obrębie uda mogą powodować wystąpienie objawowej rwy kulszowej. Tutaj należą w pierwszym rzędzie żylaki. O przeoczeniu żylaków i traktowaniu ich w wielu wypadach jako właściwej rwy pisze E d i n g e r 17), K l e i n s c h m i d t 18), Q u e n u 19), R e i n h a r d t 20). A l e x a n d e r 21) uważa, że żylaki nie odgrywają tak wybitnej roli w etjologji symptomatycznej rwy, jakto przyjmują zwłaszcza Quenu i Edinger.

Czasem złamanie kości udowej może przez ucisk powodować nerwobóle o typie właściwej rwy. (R o g e r, R e b o u l-L a c h a u x e t-R a t h e l o t 22), S i e b e r t 16), L i n d s t e d t 5). Oprócz urazu, podobnie jak w kości miednicy, tak i w kości udowej toczące się procesy chroniczne, przedewszystkiem na tle gruźlicy, mogą przez długi czas imponować jako rwa kulszowa. Stosunkowo najbardziej mylą rozpoznanie guzy w obrębie uda. S a e n g e r 23) opisuje przypadek choroby Dercuma, który przez dłuższy czas uchodził za ischias. A l e x a n d e r 39) wspomina również, że *adipositas dolorosa* może z czasem dawać typowe objawy dla rwy. F a v r e et T o u r n a d e 24) uważają, że zaobserwowane już przez Landouzy'ego zgrubienia podściółki tłuszczowej u cierpiących na rwę, są wywołane przez troficzne zmiany na tle pierwotnego zapalenia nerwu kulszowego.

Poniżej opisany nasz przypadek jest przykładem, że pierwotnie rozwijający się tłuszczak na zewnętrznej powierzchni uda przez długi czas uchodzić może uwagi lekarza i powoduje ważną omyłkę rozpoznawczą przez wywołanie niemal typowego obrazu rwy kulszowej.

Przypadek IV. M. H. lat 49, przyjęty na klinikę 29. XII. 1924 z powodu silnych nerwobólów w lewej kończynie dolnej.

Wywiady: zachorował z końcem lipca 1924 wśród bardzo silnych bólów w krzyżach, tak, że nie mógł się zginać. W listopadzie 1924 bóle te przeszły i na nogę lewą, tak, że chory utykał na tę nogę. W leżeniu bóle były mniejsze. Najsilniejsze bóle odczuwał chory w stawie skokowym i biodrowym lewym.

Stan przedmiotowy: Nerwy mózgowe i kończyny górne wolne. Siła motoryczna kończyn dolnych dość dobra. Ruchomość we wszystkich stawach tak czynna jak i bierna prawidłowa. Odruch kolanowy lewy słabszy od prawego. Odruchy Achillesa obustronnie równe. Lasègue po lewej wyraźnie dodatni. Krzemicki zaznaczony. Zresztą żadnych odruchów patologicznych. Bolesność uciskowa wzdłuż nerwu kulszowego lewego aż do jamy podkolanowej, w typowych miejscach dla właściwej rwy kulszowej. Podudzie na ucisk niebolesne. Objętość lewego uda o 0·75 cm mniejsza od prawego; już przy pierwszem badaniu widoczny zanik mięśnia czworogłowego lewego. Czucie niezaburzone. O. W. ujemny.

Wobec rozpoznania rwy kulszowej stosowano u chorego leczenie salicylowe (Atophanyl dożylnie) i ogrzewania, jednak bez najmniejszego skutku.

5. I. 1925 stwierdzono w okolicy krętarza wielkiego lewego guz dość zbitej konsystencji, płaski, przesuwalny z boku na bok, bolesny, niezupełnie wyraźnie odgraniczony, sięgający wzdłuż zewnętrznej powierzchni uda do górnej jednej trzeciej uda na długość, szerokości dłoni. Skóra nad guzem nieprzesuwalna. Prześwietlenie Roentgenem nie wykazało żadnych zmian w kośćcu. Wycięto radykalnie guz który okazał się tłuszczakiem na powięzi szerokiej uda, i którego jeden zraz był wklinowany silnie pod powięź szeroką, czem sobie można tłumaczyć nerwobóle i zanik mięśnia czworogłowego nogi lewej. Po operacji tej chory w zupełnem zdrowiu opuścił klinikę.

Epikryza: W przypadku powyższym, powoli rozwijający się tłuszczak na powięzi szerokiej uda wywołuje rwę objawową, przez cały czas obserwacji jednostronną, która z powodu płaskiego wymiaru guza, a przez to przeoczenie go, uchodzi przez szereg miesięcy za samoistną rwę kulszową. Zanik mięśnia czworogłowego nie przemawia wcale przeciwko rozpoznaniu samoistnej rwy, gdyż jak z obliczenia Retti'ego 45) wynika, prawie w 50% przypadków rwy samoistnej przychodzi do nieznacznego zaniku tego mięśnia bez odczynu zwyrodnienia.

Oprócz zmian lokalnych, które mogą się ukrywać za rwą kulszową, mieliśmy sposobność również obserwować choroby ogólne organizmu, które w pewnym swym okresie powodowały typową rwę kulszową symptomatyczną. Tu należy w pierwszym rzędzie kiła, wyjątkowo choroby z grupy białaczki; niektórzy zaś autorowie zaliczają tutaj cukrzycę.

W przebiegu kiły nieraz występują nerwobóle kulszowe jako objaw rozpoczynającego się wiądu rdzenia. (Gram 25). W tych przypadkach jednak objawy ze strony źrenic lub inne objawy wiądu usuwają rychło wszelkie wątpliwości rozpoznawcze. Sostakovic 26) opisuje 5 przypadków długotrwałej rwy kulszowej obustronnej, która ustąpiła zupełnie po kuracji specyficznie przeciwkiłowej. We wszystkich przypadkach O. W. we krwi albo w płynie mózgowo-rdzeniowym był dodatni. Nonne 31) cytuje 3 przypadki *„ischias syphilitica"* Mendla, w których kuracja specyficzna odniosła natychmiastowy dobry wynik.

Analogiczny przypadek nasz jest następujący:

Przypadek V. D. lat 48, przeszedł zakażenie kiłowe w 1907 r. Od roku silne bóle w krzyżach i ciągnące bóle w obu kończynach dolnych, więcej w prawej.

Przedmiotowo: źrenice bez zmian. Kończyny górne wolne. Wypuklenie okolicy II. kręgu lędźwiowego, na ucisk dość bolesne. Bolesność uciskowa w okolicy kości krzyżowej obustronna. Odruchy kolanowe i Achillesa żwawe, równe. Lasègue i Krzemicki po prawej wyraźnie dodatni, zresztą żadnych odruchów patologicznych. O. W. we krwi ujemny. Przy nakłuciu lędźwiowem, mimo, że trzykrotnie przekłuto igłą worek oponowy, płynu w dostatecznej do badania ilości nie wydobyto.

Rozpoznanie: Chroniczne zapalenie opon ze zrostami, kiłowe. Po przebytej kuracji specyficznej chory czuł się zupełnie zdrów.

W przypadku powyższym nasuwała się tylko jedna wątpliwość: czy rwa kulszowa była w przyczynowym związku z kiłą przebytą, czy też mieliśmy tu tylko do czynienia z rwą samoistną u osobnika, który przebył dawniej kiłę. Wynik kuracji specyficznej był rozstrzygającym.

Zupełnie podobny przebieg wykazuje:

Przypadek VI: B. B. lat 45, leczony ambulatoryjnie w jesieni 1922 r.

Wywiady: Przed 12 laty przebył zakażenie kiłowe, ostatnie leczenie specyficzne pobrał w r. 1911. Od roku ból w krzyżach i lewej nodze wzdłuż nerwu kulszowego. Po zastosowaniu kąpieli mała poprawa, a potem wystąpiły znowu bóle podobne i w prawej kończynie dolnej.

Przedmiotowo: Nerwy mózgowe i kończyny górne bez zmian. Odruchy kolanowe obustronnie równe. Odruchu Achillesa lewego nie można wywołać; Lasègue i Krzemicki po lewej dodatni. Przeczulica w obrębie nerwu strzałkowego i skórnego udowego bocznego. O. W. ujemny.

Po zastosowaniu kuracji specyficznej całkowite ustąpienie rwy kulszowej.

Bardzo pouczającym jest przypadek następujący:

Przypadek VII. B. F. lat 30, została przyjętą na klinikę dnia 2. XI. 1926 z powodu silnych bólów w krzyżach i nodze lewej.

Wywiady rodzinne bez znaczenia. W 24 r. życia wyszła zamąż; pierwsze dziecko nieżywe, drugie zmarło w kilka minut po urodzeniu, trzecie żyje zdrowe. Od 2 miesięcy ma silne bóle w krzyżach i lewym pośladku, które następnie przeszły i na nogę lewą.

Przedmiotowo wykazuje: Nerwy mózgowe bez zmian, taksamo kończyny górne. Wybitna kyphoskolioza w części piersiowej, wypukła na stronę prawą, w części lędźwiowej zaś na stronę lewą. W leżeniu skrzywienie kręgosłupa wyrównuje się. Punkty wyjścia i wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego po lewej bardzo bolesne. Lasègue po lewej wybitnie dodatni. Krzemicki ujemny. Ruchomość czynna lewej kończyny dolnej ograniczona z powodu bólu. Łydka lewa szczuplejsza o 2 cm w obwodzie. Lewe ścięgno Achillesa wiotkie, tkliwe na ucisk. Odruchy rzepkowe żywe, równe obustronnie. Odruch Achillesa po prawej żywy, po lewej zaledwie ślad. Babiński ujemny. Czucie niezaburzone.

Badanie ginekologiczne nie wykazało zmian, taksamo zdjęcie roentgenologiczne dolnego odcinka kręgosłupa oraz stawu biodrowego lewego. O. W. we krwi ujemny.

Zaordynowano dożylnie injekcje atophanylu oraz diatermie. Wobec zupełnego braku poprawy wykonano dnia 13. XI. 1926 nakłucie lędźwiowe. W płynie: Pandy (++), Nonne (++), pleocytoza, nieliczona odkładnie z powodu domieszki krwi, odczyn Wassermanna dodatni.

Chora pobiera wcierania Hg i Jod, już po pierwszych kilku wcierkach wyraźna poprawa; pozostaje w dalszej obserwacji.

W przypadku powyższym zatem mamy typowe zmiany dla rwy samoistnej jednostronnej. Rozpoznanie rwy właściwej zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości. Podejrzanem wydało się nam tylko uporczywe trwanie bólów mimo stosowania leczenia zwykłego. Dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowo- rdzeniowym potwierdził w zupełności słuszność tego podejrzenia.

Naogół można powiedzieć, że objawowa rwa kulszowa na tle kiły, z typowemi objawami zdarza się stosunkowo często, jednak dzięki udoskonalonym metodom badania płynu mózgowo-rdzeniowego nie nasuwa ona już dzisiaj zbyt wielkich wątpliwości rozpoznawczych. Z drugiej strony należy zaznaczyć, że nierzadko zdarza się właściwa rwa u osobników z przebytą kiłą.

Obustronna rwa kulszowa ma czasem za podkład cukrzycę (Oppenheim 33), Holweg 34). Ciekawe są w tym względzie spostrzeżenia Holmdahla 35), który na 230 przypadków rwy kulszowej, znalazł tylko w jednym przypadku i to przy rwie jednostronnej, cukier w moczu; zaś 12 przypadków rwy obustronnej samoistnej bez cukru. I przeciwnie na ogromnym materjale diabetyków na klinice w Lund nie znalazł ani razu nerwobólów kulszowych.

Podobnie jak przy cukrzycy są opisywane rwy objawowe przy ogólnem zatruciu ołowiem, alkoholem. (Myers 36), Tedeschi 37), Holweg 34).

W pracy swej o rwie kulszowej podnosi Alexander 39), że i *sclerosis multiplex* uchodzić może w wyjątkowych wypadkach za rwę, a zgodnie z Flatauem 40), że nierzadko powodem do mylnego rozpoznania rwy kulszowej może być *claudicatio intermittens*, histerja i *malum coxae senilis*. Oppenheim 41), Minor 42), opisują guzy w ogonie końskim, imponujące w początkowym stadjum jako typowa rwa kulszowa.

Do wyjątkowych wypadków należą rwy objawowe na tle błednicy (Siebert 16) i białaczki. W piśmiennictwie mi dostępnem nie spotkałem opisanej rwy kulszowej na tle białaczki. Harris 38) opisuje 1 przypadek *polyneuritis* przy białaczce. Poniżej opiszemy przypadek *lymphogranulomatosis maligna*, który przez szereg miesięcy był uważany i leczony jako samoistna rwa kulszowa.

Przypadek VIII. I. G. lat 36 zgłosił się dnia 13. V. 1923 do lekarza z powodu bólów w krzyżach, dolegających mu od 5-ciu miesięcy, oraz bólów w prawej nodze.

Przedmiotowo. Typowe objawy rwy kulszowej prawostronnej. Badanie roentgenologiczne nie wykazało wówczas żadnych zmian w kośćcu.

Wśród leczenia bóle te ustąpiły i ponowiły się znowu po trzech miesiącach. Z końcem 1924 r. zauważył chory powiększenie gruczołów chłonnnych najpierw pachwinowych, później pachowych i karkowych. Od września 1924 bóle w krzyżach stały się tak silne, że chory nie mógł chodzić. Z tem zgłosił się na klinikę lekarską dnia 28. XI. 1924. Zdjęcie rentgenologiczne zrobione w tym czasie wykazało: w dolnych kręgach lędźwiowych drobne ogniska rozrzedzeniowe, pokrywające siateczkowato trzony II—V kręgu lędźwiowego. Ogniska rozrzedzeniowe zlewają się w skrzydłach kości krzyżowej, tworząc tutaj duże ubytki, dochodzące do wielkości orzecha laskowego. Kontury ubytków nieregularne, wewnątrz szczątki beleczek kostnych. Zmiany podobne występują też w talerzach biodrowych. Drobnowidowe badanie skrawka wyciętego z gruczołu wykazało: *lymphogranulomatosis maligna*.

Epikryza: u tego chorego przez przeszło rok, jedynym objawem rozwijającej się sprawy gruczołowej była rwa kulszowa. Wobec braku zmian rentgenologicznych w kościach, objawowa w tym przypadku rwa kulszowa była uważana za samoistną. tem więcej, że były tu wszystkie typowe symptomy usprawiedliwiające to rozpoznanie. (Lasègue, skoljoza itd.). Dopiero wystąpienie gruczołów i zmian naciekowych w kręgach lędźwiowych dozwoliło sprostować błędne rozpoznanie.

W naszych przypadkach I, III—VIII, w początkowym przynajmniej okresie choroby, były typowe objawy dla rwy, a więc Lasègue, niekiedy Krzemicki, bolesność samoistna i uciskowa wzdłuż nerwu kulszowego, często skoljoza lub różnica w żywości odruchu piętowego. Rozpoznanie więc rwy było zawsze usprawiedliwione. Przypadek II był przyjęty na klinikę z rozpoznaniem rwy, postawionem przez lekarza na prowincji. Przyczyny błędnego rozpoznania nie zawsze można się dopatrywać w przeoczeniu objawów właściwego schorzenia organicznego. Typowym tego przykładem jest przypadek VIII, gdzie chorego na *lymphogranulomatosis maligna* leczono przez długi czas na właściwą rwę, a to wskutek typowego obrazu rwy samoistnej i wskutek ujemnego wyniku badania wewnętrznego i rentgenologicznego. Dopiero powiększenie gruczołów naprowadziło na właściwe rozpoznanie, a wtedy już i w obrazie rentgenologicznym były widoczne zmiany, które tłumaczyły bóle kulszowe.

W przypadku II i V występowała rwa obustronnie. Wielu autorów (O p p e n h e i m 33), L e w a n d o w s k y 43), i i.) uważa, że obustronność rwy nie należy do obrazu rwy samoistnej i że z reguły jest (Oppenheim) następstwem jakiegoś innego cierpienia organicznego, wywołującego nerwobóle kulszowe. Zagadnieniem tem zajął się H o l m d a h l 35), który wykazał na licznym materjale kliniki w Lund, że czasem samoistna rwa jest obustronna. W przypadkach naszej kliniki i ambulatorjum mieliśmy sposobność niejednokrotnie się przekonać również, że w przebiegu rwy samoistnej jednostronnej przychodzi do zajęcia i nerwu po drugiej stronie, ale nigdy równocześnie. Typowe objawy rwy obustronnej muszą zawsze nasuwać podejrzenie na rwę objawową. Natomiast rwa objawowa może być często tylko jednostronną. W naszych przypadkach I, III, IV, VI, VII, VIII, mieliśmy przez dłuższy czas obserwacji, lub nawet przez cały czas jednostronne bóle kulszowe, które okazały się rwą objawową.

Rozpoznawczo, wydaje nam się, odgrywa większą rolę sam przebieg cierpienia: długotrwałe bóle kulszowe i oporne na leczenie zwykłe (nagrzewania, preparaty salicylowe) choćby jednostronne, nasuwają podejrzenie jakiegoś ukrytego cierpienia organicznego. Jak bardzo pomocnem dla rozpoznania jest wtedy nakłucie lędźwiowe i zbadanie płynu mózgowo-rdzeniowego, świadczy nasz przypadek VII.

Ściśle z zagadnieniem obustronności rwy, łączy się też sprawa rwy u osobników z cukrzycą. Pod tym względem możemy w zupełności potwierdzić zapatrywanie Holmdahla, że rozpowszechnione mniemanie niemal wszystkich dawniejszych autorów, że najczęściej jest cukrzyca właśnie przyczyną obustronnej rwy, nie zgadza się z prawdziwym stanem rzeczy. Nerwobóle diabetyków rzadko tylko są ograniczone jedynie do nerwu kulszowego, nie mogą być przeto przedmiotem błędnego rozpoznania rwy samoistnej. W przypadkach rwy na naszej klinice nie stwierdziliśmy dotychczas ani razu cukru w moczu.

Przypadki V i VI nasuwały tylko trudności w rozstrzygnięciu czy rwa była w przyczynowym związku z przebytą kiłą, czy nie. Rozstrzygającym w takich przypadkach jest wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Q u e c k e n s t e d t 30) znajdował przy rwie samoistnej w płynie mózgowo-rdzeniowym conajwyżej lekko wzmożoną ilość białka, nigdy zaś pleocytozy. W pracy swej „O zmianach płynu przy rwie“ pisze H e i n z e 44), że pleocytozy nie spotyka się przy rwie samoistnej, podczas gdy wzmożona ilość białka zdarza się stosunkowo często. P e t r e n i O t t e r s t r ö m 32) podają, że nawet przy ujemnym odczynie Wassermanna w płynie, jeśli tylko jest pleocytoza, trzeba myśleć o kile opon. L o n g 27), D e j e r i n e i R e g n a r d 28) wyrażają przepuszczenie, że wszystkie rwy górne, t. zw. korzonkowe, są przeważnie na tle kiły, przeciwnie jak L e r i i S c h a e f f e r 29), którzy uważają, że samoistna rwa (reumatyczna) jest w połowie przypadków korzonkowa, gdyż w 50% swych przypadków znajdywali oni limfocytozę w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Badania płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadkach rwy samoistnej na naszej klinice wykazały, że wzmożona ilość białka zdarza się stosunkowo często (Pandy (+) lub nawet (++), Nonne (+)) nigdy natomiast nie mieliśmy pleocytozy, rzadko dodatni odczyn ze złotem kolloidowem. Możemy więc w zupełności potwierdzić zapatrywania Queckenstedta, Petrena, Heinzego, że nie białko, ale pleocytoza płynu mózgowo-rdzeniowego w pierwszym rzędzie przemawia przeciwko rozpoznaniu rwy samoistnej. Najczęściej wchodzi wówczas w grę rwa objawowa spowodowana zmianami kiłowemi na oponach; rozstrzygającym w takich przypadkach jest wynik odczynu Wassermanna płynu oraz wynik leczenia specyficznego.

Zmierzam do wniosków końcowych, jakie nasuwają się nam na podstawie przypadków własnych jakoteż szeregu innych opisanych w piśmiennictwie.

W każdym rozpoznawanym przypadku rwy kulszowej winno się wykluczyć, o ile możności, wszystkie te cierpienia organiczne, które mogą powodować rwę objawową. Do tych w pierwszym rzędzie zaliczamy zmiany chorobowe dolnego odcinka kręgosłupa, miednicy i wreszcie kości udowej. Te części kośćca należy, nawet w najmniej wątpliwych przypadkach, poddać prześwietleniu Roentgenem. Dokładnem zaś oglądaniem okolicy lędźwiowej i obmacaniem winno się wykluczyć guzy części miękkich. U kobiet winien specjalista wykluczyć zmiany chorobowe miednicy.

Rwa objawowa może być często tylko jednostronna.

W każdym przypadku rwy winno się zbadać na odczyn Wassermanna krew, w podejrzanych i płyn mózgowo-rdzeniowy. Podejrzane są zawsze przypadki rwy długotrwałej.

W przypadkach rwy samoistnej zdarza się nieraz wzmożona ilość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym natomiast pleocytoza przemawia przeciwko rozpoznaniu rwy samoistnej.

Piśmiennictwo:

1) L u p o: Sindromi lumbo-ischialg. di origine scheletrica. Radiol. med. 11. — 2) B e r t o l e t t i: Les syndromes lumbo-ischialgiques dorigine vertebrale. Revue neurol. 29. — 3) B a u m a n: The cause and treatment of certain types of low back pain and sciatica. Journ. of bone a. joint surg. 6. — 4) D a n f o r t h a. W i l s o n: The anatomy of the lumbo-sacral region in relation to sciatic pain. Journ. of bone a. joint surg. 7. 1925. — 5) L i n d s t e d t: Contribution to the knowledge of the pathogenesis of sciatica. Acta med. scand. 53. — 6) L i d s t e d t: Ueber Aetiologie u. Pathogenese der Ischias. Zeitschr. f. klin. Med. 93. 1922. — 7) P e t r e n: Zur Frage der Pathogenese u. Aetiologie d. Ischias. Bibliot. f. laeger. 113. Ref. Zentralbl. f. d. g. Neur. 25. — 8) M a t z d o r f f: Ueber Schmerzen u. Gehstoerungen bei Spina biffida occulta. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 76. — 9) G u d z e n t: Ischias u. Spina biffida occulta. Berl. klin. Woch. 58. — 10) W e s k o t t: Spina biffida occulta u. Ischias. Klin. Woch. 13. 1922. — 11) S i m i e s k a: Spina biffida occulta u. Ischias. Ref. Zentr. f. d. g. Neurol. 37. — 12) M a r g u l i s: Lumboischialg. Syndrom u. Spina biffida occ. Zeitschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. 88. — 13) R a t k ó c z i: Falle von Kompressions-Ischias. Orvosi Hetilap. 69. 7. Ref. Zentr. f. d. g. Neur. 41. — 14) L e s z y n s k y: Is sciatica a symptom or a clinical entity? New-York State journ. of med. 21. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 27. — 15) R e y s: Ischias. Geneesk. gids. 2. 13. Ref. Zentralbl. f. d. g. Neurol. 40. — 16) S i e b e r t: Ueber Erkrankungen periph. Nerven. Monatschr. f. Psych. 49. — 17) E d i n g e r: Ueber phlebogene Schmerzen. Berl. klin. Woch. 51. 1914. — 18) K l e i n s c h m i d t: Ueber Phlebalgia. ischiadica u. Ischias. Klin. Woch. I. 35. — 19) Q u e n u: Revue de chirurg. 1882. cyt. przez Reinhardta. — 20) R e i n h a r d t: Ueber Varicen d. Nervus. isch. Muensch. med. Woch. 65. 1918. — 21) A l e x a n d e r: Varicen in d. Aetiologie der Ischias. Berl. klin. Woch. 56. — 22) R o g e r, R e b o u l-L a c h a u x et R a t h e l o t: Algiès cruro-sciatiques symptomatiques.... Gaz. des hop. civ. 98. 6. Ref. Zentralbl. f. d. g. Neurol. 41. — 23) S a e n g e r: Demonstration. Aerztl. Verein zu Hamburg. 9. III. 1918. Zeitschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. Referaten 16. — 24) F a v r e et T o u r n a d e: Sur une variété d'adipose douloureuse... Lyon. méd. 120. 1913. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Ref. Bd. 7. — 25) G r a m: Neuralgia ischiadica bei beginnender Tabes. Ugeskrift f. laeger 87. 13. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. 41. — 26) Š o s t a k o v i ć: Doppelseitige Ischias. Ref. Zentralbl. f. g. Neur. 46. — 27) L o n g: Radiculite lombo-sacrée d'origine syph. Revue neurol. 23. I. 1916. — 28) D e j e r i n e et R e g n a r d: Sciatique radiculaire... Revue neurol. 20. 1912. — 29) L é r i et S c h a e f f e r: Sciatique et lymphocytose. Ref. Revue neurol. 23.

1916. — 30) Queckenstedt: Ueber Veraenderungen der Spinalflüssigkeit bei.. D. Zeitschr. f. d. Nervenheilkunde. 57. — 31) Nonne: Syphilis u. Nervensystem. 1921. — 32) Petren u. Otterström: Zur Frage d. Pathogenese u. Aetiologie d. Ischias. Acta méd. scand. 1921. — 33) Oppenheim: Lehrbuch d. Nervenkrankheiten. 1923. — 34) Holweg: Ischias. Bibl. f. laeger. 115. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. 26. — 35) Holmdahl: Beitraege zur Kenntnis d. doppelstetigen idiop. Ischias. D. Zeitschr. f. d. Nervenheilkunde. 63. — 36) Myers: Sciatica in a woman suffering... Ref. Zentr. f. d. g. Neurol. 33. — 37) Tedeschi: Neurit sciatiche saturnine. Ref. Zentr. f. d. g. Neurol. 29. — 38) Harris: A case of leukaemic polyneuritis. Lancet. 206. — 39) Alexander: Fehldiagnosen bei Ischias. Berl. klin. Woch. 49. 1912. — 40) Flatau: Differentialdiagnose d. Ischias. Prager med., Woch. 35. 1910. — 41) Oppenheim: Ueber Caudatumoren unter d. Bilde d. Neuralgia isch. Monatschr. f. Psych. 36. — 42) Minor: Ischias u. Geschwuelste d. Rueckenmarks. Neurol. Centr. 1892. Cytowany przez Heinzego. — 43) Lewandowsky: Handbuch d. Neurol. 1914. — 44) Heinze: Veraenderungen d. Liquor Cer.-spin. u. ihre Bedeutung fuer d. Auffassung vom Wesen d. Ischias. D. Z. f. d. Nervenheil. 79. — 45) Rietti: I sintomi dei crurale nella sciatica Riv. di patol. nerv. e. ment. 27. Ref. Zentralbl. f. d. g. Neur. 32. — 46) Meizels: Miednica spondylolistetyczna u mężczyzny. Przegląd radiologiczny 1925.

Dr. Bożena KOKALJ-KOWALEWSKA. Otwock.
Asystentka Uzdrowiska.

Poszukiwania prątków gruźliczych u chorych nieodpluwających.

Z Warszawskiego Uzdrowiska dla chorych płucnych w Otwocku.
Lekarz Naczelny: Dr. Zdzisław Michalski.

Dwaj lekarze amerykańscy, Emery Szues i Reisterstown z Mount Pleasant Sanatorium [1]), zwrócili uwagę, że w przypadkach gruźlicy płuc t. zw. zamkniętej z zupełnym brakiem plwociny, może jednak istnieć obfite wydzielanie się prątków gruźliczych przez drogi oddechowe. Stwierdzili oni mianowicie prątki Kocha w dwóch przypadkach gruźlicy płuc, w których przez szereg miesięcy nie można było otrzymać najmniejszej ilości plwociny do analizy. Używali przytem następującej prostej metody, którą niniejszem przytaczam w dosłownem tłómaczeniu:

„Kawałek waty, owinięty dokoła korncangi, wprowadzaliśmy nad nagłośnię i polecaliśmy choremu kaszlać. W wykonanym z tego, prawie niewidocznego, materjału rozmazie w obu naszych przypadkach mogliśmy stwierdzić obecność prątków gruźliczych zapomocą metody Ziehl-Neelsenowskiej. W naszym drugim przypadku musieliśmy kilka razy użyć tego sposobu, żeby wreszcie dojść do wyników dodatnich".

Posiadając duży materjał gruźliczy w Warszawskiem Uzdrowisku dla chorych płucnych w Otwocku, postanowiliśmy na naszych chorych przeprowadzić podobne badania wykrztusiny, pobieranej bezpośrednio z gardła według sposobu wskazanego przez cytowanych wyżej lekarzy.

Z pośród 100 chorych, w tym celu wybranych, wogóle odpluwało 77%. Prątki gruźlicze stwierdzono w plwocinie u 42 chorych, co stanowi 54,5% wszystkich chorych odpluwających. (Uwzględniono tylko wyniki analiz plwocin, otrzymane w ciągu ośmiu tygodni).

Bezpośrednie badanie wykrztusiny, branej na watę przy kaszlu, dało 34% wyników dodatnich na 100 chorych badanych. Równocześnie w plwocinie i wykrztusinie znaleźliśmy prątki Kocha u 28% chorych. *U 6% chorych stwierdziliśmy prątki gruźlicze tylko w wykrztusinie, pobieranej bezpośrednio z gardła* wyżej przytoczoną metodą. Byli to chorzy, z wyjątkiem jednego, którzy wcale nie odpluwali. Dołączamy krótki opis dwóch przypadków, w których otrzymano prątki Kocha tylko w wykrztusinie.

I. P. M., lat 13 przybyła do nas 4 czerwca 1927 r. Anamneza bez szczegółów. Obecna choroba trwa od pół roku. Temperatura od 37° do 38°, chora kaszle dużo, lecz nie odpluwa. Prątków Kocha dotychczas u niej nie stwierdzono.

Stan płuc: przytłumienie nad obu szczytami i nad górnym lewym płatem. Między kręgosłupem, a lewą łopatką, jak również pod lewym obojczykiem, rzężenia dźwięczne oraz liczne średniobańkowe wilgotne rzężenia. W rozmazie, zrobionym z wykrztusiny, wykryliśmy liczne prątki Kocha.

Jest to przypadek charakterystyczny dla praktyki dziecięcej, gdzie często pomimo daleko posuniętych zmian w płucach prątków Kocha wykryć nie można wskutek niemożności otrzymania plwociny.

II. Ch. S., lat 20, zgłosiła się do nas dnia 26 kwietnia 1927 r. W anamnezie odra, koklusz, influenca. Obecna choroba zaczęła się przed dziewięcioma miesiącami. Prątków Kocha w tym czasie nie wykryto. Chora nie kaszle, nie pluje, nie gorączkuje. Ogólny wygląd pacjentki nie pozostawia nic do życzenia. Stan płuc: nieznaczne przytłumienie nad prawym szczytem. Wydech nad prawym szczytem wydłużony. Rzężeń nie stwierdza się. Roentgen. powiększenie wnęk, zawoalowanie prawego wierzchołka. Stan chorej w pierwszych tygodniach pobytu w Uzdrowisku bez zmiany. Dnia 16. IV. 1927 r., badając wykrztusinę, stwierdziliśmy liczne prątki kwasoodporne. Badanie płuc 20. V. 1927 r. wykazało drobno- i średniobańkowe wilgotne rzężenia w okolicy prawej wnęki i pod prawym obojczykiem, w 1-ej i 2-ej przestrzeni międzyżebrowej. Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę ze względu na obfite prątkowanie, które istniało już przy minimalnych pozornie nieczynnych zmianach w płucach, braku kaszlu, gorączki i ubytku na wadze. Przypadek ten przemawia również na korzyść poglądów niektórych naszych i obcych autorów, którzy twierdzą, że niema gruźlicy płuc bez prątkowania. (Rist, Dąbrowski).

Z pośród siedmiu chorych dotkniętych gruźlicą krtani, wykazała wykrztusina u sześciu prątki gruźlicze, co stanowi 85,7%. Preparaty z ich wykrztusiny odznaczały się wyjątkowo licznemi prątkami, których ilość dochodziła nieraz do kilkudziesięciu w polu widzenia.

U chorych z daleko posuniętem charłactwem gruźliczem i rozległemi zmianami rozpadowemi w płucach, którzy obficie odpluwali, wypadały analizy wykrztusin przeważnie ujemnie, widocznie z powodu upośledzenia siły wykrztuśnej. Próby wykrztuszania wywoływały nudności i wymioty. W badaniach przeszkadzał nam również obfity osad i resztki pokarmów, które gromadzą się w jamie ustnej ciężko chorych pomimo uprzedniego czyszczenia.

Chcąc ustalić porę dnia najodpowiedniejszą do pobierania wykrztusiny, przeprowadziliśmy 57 badań przed 8-ą rano, 43 zaś między 12-ą a 4-ą godziną popołudniu. W rannych badaniach mieliśmy 23 przypadki wyników dodatnich, co stanowi 40,4%, w popołudniowych 11, co stanowi 25,6%. Ze względu na możliwe wymioty unikaliśmy badania bezpośrednio po jedzeniu. Chorym polecaliśmy wypłukać usta przed pobieraniem wykrztusiny.

Technikę pobierania wykrztusiny, zapoczątkowaną przez amerykańskich autorów, zmodyfikowaliśmy w niektórych przypadkach w dwojakim kierunku. U osób z małą wrażliwością gardła i nagłośni wprowadzaliśmy korncangę wprost do krtani. W ten sposób łatwiej jest utrzymać odpowiedni kierunek korncangi, podczas kaszlu chorego. U osób zbyt wrażliwych, u których już samo dotknięcie języka wywoływało dławienie, uciskałam język łyżeczką, poczem dopiero wprowadzałam korncangę.

W obrazie mikroskopowym wykrztusiny rozróżnialiśmy dwa typy różnego pochodzenia. W rozmazie wykrztusiny t. zw. „płucnej", mamy typowy obraz drobnowidowy plwociny; mnóstwo jąder, rozrzuconych równolegle do włókien falistych. W obrazie wykrztusiny przez nas nazywanej „gardlaną", spotykamy: olbrzymie komórki płaskie o jądrze siateczkowatem i z różowawą protoplazmą, mnóstwo flory bakteryjnej, jak łańcuszkowce, gronkowce i inne ziarenkowce, pałeczki rozmaitej długości i grubości, bezkształtne masy w dużych płatach, nabłonki podłużne pokrywające twory brodawkowate. U ciężko chorych spotykaliśmy pozatem kulki tłuszczowe, komórki roślinne i inne resztki pokarmów. Prątki Kocha wykrywaliśmy tylko w wykrztusinie t. zw. „płucnej". W wykrztusinie t. zw. „gardlanej" prątków gruźliczych w żadnym przypadku nie widzieliśmy. Preparaty, zawierające tylko wykrztusinę gardlaną, uważaliśmy za nieudane. Preparaty nieudane mieliśmy u 30% chorych.

Badanie bezpośrednie wykrztusiny mogłoby stanowić wskutek swojej prostoty metodę „par excellence" ambulatoryjną w kasach chorych, przychodniach przeciwgruźliczych, na komisjach wojskowych i t. d. U osobników odpluwających badanie plwociny zwykłym sposobem stanowi metodę pewniejszą i dającą więcej wyników dodatnich, niż badanie wykrztusiny. U osób nieodpluwających badanie wykrztusiny stanowi ważną metodę pomocniczą i powinno być stosowane jako zasada w każdym przypadku, gdzie w zwykły sposób plwociny otrzymać nie można. Badanie wykrztusiny może mieć pierwszorzędne znaczenie w praktyce dziecięcej. Technika badania wymaga jednak pewnej wprawy, gdyż w miarę postępowania badań otrzymywałam coraz większy odsetek wyników dodatnich. Przypuszczam, że na zasadzie przytoczonych danych, metoda ta zyska sobie prawo obywatelstwa w szpitalach i klinikach polskich, górując niewątpliwie nad kłopotliwem i niepewnem badaniem kału u chorych nieodpluwających.

---

[1]) The Journal of the American Medical Association, Vol. 86, N. 13, 27. III. 1926.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Witold MITKUS. Warszawa.

Psychozy poporodowe.

Z kliniki psychjatrycznej Uniw. Warszawskiego.
Dyr.: Prof. Dr. Jan Mazurkiewicz.

Ciąg dalszy.

Przypadek 4. G. J. l. 27. Budowa ciała asteniczna. Wywiady: Alkoholizm u ubojga rodziców. Charakter chorej: jako panna — spokojna, nieśmiała, smutna, nie lubiła zabaw; po zamążpójściu również nietowarzyska, smutna. Stale siedziała w domu. Poród około 2 miesięcy przed wystąpieniem choroby Przedtem 2 porody. Objawy chorobowe zaczęły się od wykazywania gwałtownych pretensji do męża; biła bez żadnej przyczyny dzieci, męża i czeladników; zmieniła się w stosunku do rodziny, „ma ją za nic". Przy przyjęciu przytomna, spokojna, personalja podaje trafnie.

W klinice przebywała od 20. VI. 1925 do 31. VIII. 1925 r. Badanie stanu psychicznego: Personalja podaje dobrze. Zorjentowana w miejscu i czasie. Twierdzi, że jest przytomna, tylko mąż ją przywiózł do szpitala, żeby się jej pozbyć, bo nie chce żeby chora gotowała i gospodarowała w domu. Mąż zmienił się dla chorej od 2—3 miesięcy, proponował chorej rozejście się, lub pójście w świat, bił ją. Nie kocha męża, bo jest zły i zaraz by się rozeszła, gdyby nie dzieci. Z dzieci kocha najwięcej ostatnie dziecko, a najstarszą dziewczynkę, która jest złośnicą. „często lała paskiem, żeby była dobrem dzieckiem". W wypadkach politycznych dawniejszych i współczesnych orjentuje się. Podczas badania wykazuje nastrój obojętny, odpowiada monotonnym głosem.

Stan fizyczny wykazuje upośledzone odżywienie, małe zmiany w szczytach płuc.

Przebieg choroby:

Od 23. VI. do 30. VII. zachowuje się spokojnie, zadowolona z pobytu w klinice, sen i apetyt dobry.

6. VIII. Przy wizycie męża i dzieci obojętnie się zachowała, a na propozycję wypisania — odmówiła.

17. VIII. — 23. VIII. nie pracuje, chce się wypisać.

30. VIII. wypisana z rozpoznaniem schizofrenia simplex.

Psychoz manjakalno-depresyjnych, po raz pierwszy powstających w okresie poporodowym, było 5, mianowicie 2 w okresie połogowym, 3 w okresie laktacji.

Przypadek 5. N. H. l. 43. Wywiady: Matka miała podobno paraliż postępujący; brat matki zmarł na chorobę psychiczną; brat chorej hulaka, zmarł na suchoty. Charakter chorej: spokojna, a czasami nerwowa, lubiła towarzystwo, kochająca matka, wierna żona. Porodów 4, ostatni przed 5 miesiącami.

W klinice I. raz od 22. VIII. 24 r. do 14. XI. 24. r. II. raz od 29. V. do 7. VIII. 25 r. Badanie psychiczne: Za I. pobytem: personalja podaje dobrze, zgodnie z wywiadami. Przerywa badanie, mówiąc: „Proszę Pana doktora ja muszę umrzeć", dalej mówi, że po pierwszem dziecku chorowała, była smutna, dużo płakała, i odeszła od męża do matki na przeciąg miesiąca. Przy drugiem dziecku również jak z opowiadania chorej wynika był jakiś stan depresji z samooskarżeniami. Po ostatnim porodzie, który miał miejsce przed 5 miesiącami pracowała, czuła się dobrze, dopiero od paru tygodni zaczęły chorej przychodzić myśli samooskarżające n. p., że mąż jest dobry, a ona dla niego za mało dobra, że była zamało religijna, martwiła się, że dawno nie była u spowiedzi. Czasami w dzień była podniecona, biegała po mieszkaniu. Co do charakteru swojego to mówi, że całe życie była smutna, przeczulona, lękała się czegoś. Stosunki z ludźmi dobre. Orjentacja zupełna. Chora przy badaniu od czasu do czasu z niepokojem i depresją na twarzy mówi, że już stąd nie wyjdzie.

Stan fizyczny. Budowa ciała pikniczna.

Przebieg choroby:

Od 23. VIII. — 3. IX. Depresja i niepokój w mimice i zachowaniu, czasami klękała przed choremi i obejmowała je za nogi. Od czasu do czasu odmawianie pokarmów, czasami bezsenna, wolałaby być w domu.

Od 5. IX. do 14. XI. 24 stały i trwały stan depresji z zahamowaniem, trwającem nieraz po kilka dni, częste odmawianie pokarmów, od czasu do czasu wypowiada „że już do rodziny nie wróci". W tym stanie została wypisana do domu na urlop. Wiadomości od rodziny w tydzień po wypisaniu brzmiały, że chora w domu rozmawia, czasami się nawet uśmiecha, ale jeszcze „zapada w milczenie".

29. V. 25 r. Przybywa powtórnie do kliniki. Mąż podaje, że po wypisaniu z kliniki 14. XI. 24 r., chora do końca października powróciła do zdrowia, pracowała po dawnemu i żadnych objawów chorobowych nie zdradzała. Obecnie zachorowała przed miesiącem, (a więc w kwietniu 1925 r.). Obserwacja w klinice wykazuje wybitną depresję z zahamowaniem, nie mówi, wzdycha, opornie przyjmuje pokarmy. Usiłowania samobójstwa. Urojenia, jak za pierwszym pobytem. Stan taki trwa przeszło trzy tygodnie, słabnąc pod koniec. Od lipca do sierpnia stopniowo postępująca poprawa, bierze się do pracy, zaczynając najpierw od pomocy siostrze miłosierdzia, następnie idzie do pracowni; prosi o wypisanie, je sama; czasami uśmiecha się, naogół wyraz depresji w zachowaniu się i mimice maleje.

7. VIII. wypisana z poprawą z rozpoznaniem *„Psych. man.-depres., status depressionis"*.

Porównując obraz kliniczny, podany dla postaci splątaniowych psychoz poporodowych, ze splątaniem o innej etjologji, zauważamy, że nie różni się on od amencji infekcyjnej, intoksykacyjnej, lub inanicyjnej.

Z grupy schizofrenji obraz ten zbliża się do podniecenia katatonicznego. Różnią go jednak już przy krótkiej obserwacji widoczne objawy takie, które nie pozwalają stanu tego nazwać stanem katatonicznym. Podniecenie myślowe katatonika ma charakter albo inkoherencji, albo werbigeracji, lub niebogatej co do treści produkcji słownej. Podniecenie ruchowe katatoniczne niema charakteru jakiejś celowości w ruchach, odpowiadającej produkcji myślowej w danej chwili, a dającej się zauważyć w amencji poporodowej; w tej ostatniej jeżeli chora widzi np. szatana, to cała jej mimika twarzy i całe zachowanie ruchowe będzie odpowiednie do wizji, jeżeli się cieszy, to cała jej postać cieszy się. Przytem te stany podniecenia ruchowego w splątaniu często się zmieniają, a są zawsze tak jaskrawo zaznaczone, że łatwiej z zachowania się ruchowego chorej da się odgadnąć, co chora przeżywa w danej chwili. Podniecenie ruchowe w amencji poporodowej ma zwykle charakter obronno-lękowego stosunku do przeżywanych wrażeń. Ruchy wykonywane przez podnieconego katatonika nieraz robią wrażenie ruchów bezmyślnych, albo jeżeli trwają krótko, to noszą charakter bardziej zaczepny względem otoczenia, jeżeli trwają dłużej, wykazują cechy stereotypji.

Największe różnice wykazuje afekt. Afekt podnieconego katatonika jest monotonny, ubogi w modulację i treść, jak gdyby sztuczny, bezmyślny, zimny, w przeciwieństwie do całej gamy kalejdoskopowo zmieniających się różnych lęków, rozpaczy, umierań, piekieł, cudownych wizji, wniebowzięć, rajskich błogości i t. p., jakie produkuje amencja poporodowa.

Bomhoeffer podkreśla, że rozszczepienie intellektu i afektu, wyróżniające ostre podniecenie katatoniczne od amencji, może nie istnieć w silniejszych stanach stuporu, a także w świeżych podnieceniach katatonicznych o charakterze, zbliżonym do manjakalnego, i wtedy przez dłuższy czas różniczkowanie może być niemożliwe.

W podnieceniu poporodowem wyraźną, olbrzymią przewagę mają halucynacje wzrokowe nad słuchowemi, w katatonicznem, odwrotnie.

Co do zamroczenia, to jeżeli o niem można mówić w podnieceniu katatonicznem, jeżeli to nie jest raczej krańcowy autyzm i negatywizm, to w każdym bądź razie nie jest ono tak głębokie, jak w amencji poporodowej, a przedewszystkiem eksacerbacje w przebiegu ataku katatonicznego nie trwają tak długo.

Bezsenność stale towarzyszy splątaniu poporodowemu, zwłaszcza na szczycie jego nasilenia. Podczas gdy w podnieceniu katatonicznem nie jest objawem stałym, nieraz najbardziej podniecony katatonik może całą noc spać zupełnie spokojnie, a nazajutrz znów produkować duże podniecenie.

Inaczej również przebiega okres poprawy w psychozach połogowych i laktacyjnych, niż w schizofrenji. Obraz kliniczny psychozy poporodowej w okresie zdrowienia wykazuje najpierw zmniejszenie się podniecenia ruchowego i myślowego, które polega na zmniejszeniu się lub wypadaniu objawów patologicznych, które dominowały w okresie ostrym. Po minięciu ataku okazuje się, że niema żadnych pozostałości, ani nowych objawów, jakie zwykle występują po atakach katatonicznych. Jeżeli zdarzają się krótkie nawroty splątania, to przebieg ich polega na zjawieniu się tych samych objawów, które były w stanie ostrym. Chora w okresie zdrowienia jest wyczerpana, fizycznie i psychicznie. Poprawa w podobnych postaciach katatonji nie przebiega w ten sposób. Podniecenie ruchowe może ustąpić, chora nie jest tak wyczerpana, jak w psychozie poporodowej; będzie się odczuwało w niej jeszcze ukrytą siłę, która w każdej chwili może dać tak samo duże podniecenie jak i w ataku poprzednim.

Zmniejszanie się produkcji myślowej w psychozie poporodowej trwa aż do wystąpienia wzmiankowanego okresu znużenia, po którym wraca już norma. Zawsze jest amnezja dotycząca sta-

nu ostrego. Najczęściej chora pamięta tylko wypadki z okresu zwiastunów, rzadziej jakieś dłużej trwające lub częściej powtarzające się urojenia lub halucynacje. Zawsze i z reguły nie pamięta czasu trwania okresu ostrego i warunków otoczenia, w których się znajdowała podczas tego okresu. Natomiast amnezja po ataku katatonicznym, jeżeli wogóle istnieje, to jest w każdym razie daleko mniejsza, aniżeli po splątaniu, jak również i zrozumienie przebytego stanu chorobowego jest inne, mniej dokładne, po ataku katatonicznym, po którym już w okresie poprawy dołączają się inne objawy patologiczne, albo też chora w okresie podniecenia nie chce mówić.

Krytycyzm przebytego stanu chorobowego i objawów w psychozie poporodowej jest zupełny, odpowiada inteligencji chorej.

W okresie zdrowienia po psychozach połogowych lub laktacyjnych z reguły najpierw zaczyna ustępować podniecenie ruchowe, potem myślowe, dopiero w końcu dezorjentacja, podczas, gdy w katatonji najczęściej, jeżeli nie stale, znika najpierw dezorjentacja.

Najmniej podobną by była opisana postać majaczeniowa psychozy poporodowej do stanu podniecenia ruchowego i gonitwy myślowej w przebiegu psychozy man. depr., w której podniecenie to ma charakter żywiołowej ekspansji, gdzie dominują optymizm, wzmożone samopoczucie, w przeciwieństwie do lęku i obrony przed czemś przestraszającem chorą w zamroczeniu poporodowem.

Zamroczenie w podnieceniu manjakalnem, jeżeli zjawia się czasami, to tylko na krótko, gdzieś na szczycie nasilenia podniecenia; w psychozie poporodowej jest stanem pierwotnym, trwa długo, a częściowo trwa nawet po zniknięciu objawów podniecenia i splątania, i ustępuje stopniowo. Podniecenie manjakalne kończy się, nie wykazując żadnego lub tylko nieznaczne wyczerpanie psychiczne i fizyczne, podczas, gdy obecność tych objawów w psychozie poporodowej rzuca się w oczy.

Pozwolę sobie w tem miejscu przytoczyć w wielkim skrócie przypadek z naszej kliniki, w którym na szczycie podniecenia manjakalnego zjawiało się zamroczenie.

Sprawa dotyczy 41 letniego mężczyzny K. J., który przebył 15 ataków psychozy, przebiegających z fotograficzną ścisłością. Chory zawsze spokojny i cichy, przez czas choroby wykazywał silne podniecenie ruchowe z agresywnością, dużo mówił, wymyślał ordynarnie, stan taki szybko nasilał się, dochodząc do zamroczenia, które po paru dniach nagle mijało. W okresie zamroczenia chory nazywa się największym djabłem, posiada niesłychaną siłę i wskutek tego zachowuje się agresywnie. Jest wtedy wesół. Każdy atak kończył się wyzdrowieniem i zupełną świadomością przebytej choroby.

Godnem podkreślenia w tym przypadku jest zamroczenie, zjawiające się na szczycie podniecenia, wybitnie wzmożone samopoczucie, oraz wypływające z niego zachowanie się chorego.

Kończąc różniczkowanie postaci majaczeniowej psychozy poporodowej muszę wspomnieć, że czasami stan splątania może nasilać się do maksimum, dochodząc wprost do bardzo ciężkiego stanu zamroczenia. O takich to stanach mówi K r a e p e l i n, że prawdopodobnie chodzi tu o stany zamroczenia epileptycznego lub histerycznego, o ile stany te są krótkotrwałe, trwające kilka godzin. W naszym materjale takich obrazów nie obserwowaliśmy, jako stanów odrębnych, natomiast obserwowałem stany majaczeniowe, dochodzące do ciężkiego zamroczenia w swym zwykłym przebiegu. Nie znajdowałem w podobnych przypadkach danych, mogących nasunąć podejrzenie padaczki lub histerji.

Przechodząc kolejno do różniczkowania postaci lękowej z zahamowaniem w psychozach poporodowych ze stuporem katatonicznym znajdujemy szereg zasadniczych cech, które te dwa stany od siebie różnią. O ile chodzi o początek, to stupor katatoniczny często zaczyna się również od stanu podniecenia lękowego albo i bezładu myślowego, w których jednak nie stwierdzamy głębszego zamroczenia świadomości, uczucie lęku jest płytsze, i przejawia się zwykle w sposób dwuznaczny, nienaturalny, albo stany stuporu zmieniają się na podniecenie o charakterze katatonicznym. Stupor katatoniczny kończy się mniej lub więcej nagle, niema tego litycznego spadku, jaki widzimy w zahamowaniu poporodowem. Stany zahamowania w katatonji posiadają wszelkie inne cechy schizofrenji, dominuje w nich autyzm i negatywizm, w przeciwieństwie do tej niezaradności, do tego niedołęstwa wprost dziecięcego, jakie jest w zahamowaniu poporodowem. Zahamowanie poporodowe jest amentywne, zahamowanie schizofreniczne splątania nie wykazuje. Zejście obydwu rodzajów zahamowania jest inne: poporodowe idzie w kierunku zdrowienia, zejściem zaś zahamowania schizofrenicznego jest tylko remisja, albo choroba trwa dalej pod innym obrazem.

Trudniej jest różniczkować depresyjne zahamowanie w przebiegu psychozy poporodowej ze stanem depresji melancholicznej. I tu jednakowoż daje się zauważyć cechy różniczkowe. Przedewszystkiem w depresji melancholicznej niema zwykle zamroczenia, które w depresji poporodowej jest i występuje *nawet w okresie zdrowienia* przy objawach ciężkiego znużenia, którego w żadnym razie nie bywa w rekonwalescencji po stanach depresji melancholicznej nawet budzącej jakieś podejrzenie na zamroczenie przy głębokiem jej napięciu. W depresji poporodowej nie są tak jaskrawe i trwałe urojenia grzeszności i samooskarżenia, niema tak trwałego, głębokiego przygnębienia i beznadziejności, wynikających konsekwentnie ze świadomego poczucia winy i kary. Elementy te w depresji poporodowej są zmienne, niekonsekwentne i noszą raczej charakter lękowy, a nie rezygnacyjno-beznadziejny. Chora boi się, żeby się coś nie stało, a niema jednak głębokiego przekonania, że kara ją rzeczywiście spotka, albo że ta kara jej się rzeczywiście należy, czyli tutaj jest wyraźny niestosunek tego napięcia afektywnego do stopnia zamroczenia, które w stanie depresji melancholicznej wykazuje zupełną równoległość.

Różniczkując podane wyżej dwa przypadki psychoz (przypadek 1) i przypadek 3), powstałych po porodzie, ale zaliczonych do różnych jednostek klinicznych, możemy zrobić następujące zestawienie.

Cechy podobne: W obydwu przypadkach psychozy wystąpiły po porodzie. Obydwa przypadki wykazywały w początkowych okresach splątanie z podnieceniem.

Cechy różne: Charakter chorej w przypadku I. nie wykazuje jakichś elementów, które mogłyby być uważane za schizoidalne, jest cicha, spokojna, dobra matka i żona, stosunek do otoczenia dobry. W przypadku drugim już ze wstępnych wywiadów daje się zauważyć pewne odchylenie od normy: „jest nerwowa, miewała ataki złości". Splątanie w przypadku pierwszym ma charakter więcej lękowy, zabijają, duszą ją, przy dużem podnieceniu ruchowem i myślowem, oraz wyraźnej dezorjentacji. Drugi przypadek wykazuje więcej cech kombinacyjno-prześladowczych, „dziecko jej zamienili, mąż poślubił inną". W dalszym przebiegu różnice są jaskrawe. Chora w przypadku pierwszym wykazuje stopniowy spadek podniecenia ruchowego i myślowego, zwiększającą się orjentację, krytycyzm w stosunku do przebytego stanu, wreszcie powrót do zdrowia. Druga chora produkuje w dalszym ciągu urojenia prześladowcze, a nawet zakres ich rozszerza się na obecne otoczenie szpitalne (służba, chore, lekarz), podnieca się, zachowując orjentację, podniecenie to ma charakter złości. Wreszcie przechodzi w stan zahamowania, które jest stuporem z mutacyzmem, z najzupełniejszą obojętnością względem najbliższych, specjalnie podkreśloną w historji choroby. Stupor ten przy dwumiesięcznem trwaniu nie wykazywał żadnej tendencji do zwolnienia i w takim stanie chora zostaje zabrana do domu.

Różnica między psychozą poporodową o postaci lękowej z zahamowaniem, a depresją melancholiczną, powstałą po porodzie, rozpatrzymy na podanych wyżej przypadkach 2 i 5.

Z cech podobnych: obadwa przypadki psychoz powstają w okresie karmienia; w obydwu przypadkach góruje przez dłuższy czas stan depresji.

Różnice: pierwsza chora co do charakteru swego nic szczególnego nie wykazuje, wiadomo tylko, że z usposobienia była wesoła, druga była usposobienia spokojnego, „całe życie była smutna i przeczulona", zresztą od ludzi nie stroniła, kochająca matka, wierna żona. W przypadku pierwszym psychoza występuje jednorazowo, po drugim porodzie, poprzedzona zwiastunami o charakterze lękowym z chwilami zamroczeń, wreszcie następuje stan splątania z zupełnem zamroczeniem, który trwa krótko i przechodzi w zahamowanie, przy trwającem zamroczeniu. W przypadku drugim psychoza występuje trzykrotnie, zawsze po porodzie na ogólną liczbę czterech porodów. Ataki mają przebieg podobny, zawsze jest stan depresji z urojeniami samooskarżenia, z poczuciem winy i kary. Ostatni (trzeci) atak był najsilniejszy. Odrazu wystąpiła głęboka depresja z zahamowaniem ruchowem, z wybitnemi urojeniami samooskarżenia, poczuciem winy i kary, z odmową przyjmowania pokarmów, przy zachowanej przez cały czas trwania choroby świadomości. Zdrowienie pierwszej chorej postępowało w ten sposób, że wraz z mijaniem zahamowania wzrastało zainteresowanie się losami swemi i swych najbliższych, przy równoczesnem jaśnieniu orjentacji. Zdrowienie drugiej — przebiegło podług zwykłego sposobu depresji melancholicznej w przebiegu psychozy man. depres..

Na uwagę zasługuje porównanie przypadku trzeciego i czwartego, t. j. dwóch schizofrenij, powstałych po porodzie.

Co do charakteru, to o ile przypadek trzeci mało daje danych, żeby go nazwać zdecydowanym schizoidem, przypadek czwarty bez wątpienia jest ciężkim schizoidem, nieśmiała, nieto-

warzyska, smutna. Pierwsza choroba wykazuje w początku choroby stan splątania, który potem przechodzi w obraz katatoniczno-schizofreniczny, z przelotną lekką dezorjentacją, po której zjawia się następnie stupor. U drugiej chorej cierpienie przebiega od początku pod postacią pospolitej schizofrenji, bez żadnych objawów odbiegających od normy.

Niewątpliwie na psychozie schizofrenicznej pierwszej chorej poród wycisnął swoje piętno przez dodanie momentu splątania w początkowym okresie choroby. Twierdzenie to jest zgodne ze zdaniem B o n h o e f f e r a, który mówi, że dołączenie się do endogennego schorzenia czynnika egzogennego nadaje mu charakter podobny do amencji.

Oprócz opisanych powyżej typowych splątań ostrych, schizofrenij i ataków psychozy manjakalno-depresyjnej, zaczynających się w okresie poporodowym, zdarzały się i w naszym materjale przypadki schizofrenij lub psychozy manjakalno depresyjnej, powstające także bez związku z połogiem lub laktacją.

Np. chora B. P.-Z wywiadów wiemy, że pierwsza psychoza wystąpiła w krótkim czasie po porodzie, przy zachowaniu się negatywistycznem, miała przebieg powolny bez zamroczenia. Podobno po tym ataku wróciła do normy. Drugi atak bez związku z porodem lub laktacją o podobnym przebiegu. Trzeci atak obserwowany w naszej klinicę w 6 miesiącu laktacji również o powolnym początku, rozwijający się jednak następnie w przewlekłą typową schizofrenję paranoidalną.

Inna chora L. Ch. dostała pierwszego ataku o ile można sądzić z wywiadów zapewne schizofrenicznego po przebytym tyfusie. Atak ten miał minąć bez defektu. Drugi atak w 6 tygodni po porodzie, również z przebiegu swego dający się skwalifikować jako prawdopodobnie schizofreniczny. Po nim chora była jakoby zdrowa, zresztą dość krótko. Wreszcie atak trzeci obserwowany w klinice, wystąpił bez żadnej zewnętrznej przyczyny, i przebiegał jako przewlekły obraz schizofrenji z inkoherencją.

Obserwowano również 5 takich przypadków powstawania pierwszego ataku psychozy man. depr. po porodzie, w których ataki choroby później powtarzały się bez związku z porodem i bez związku z zewnętrznemi momentami wywołującemi.

Bezwątpienia B l e u l e r, wypowiadając pogląd, że amencja poporodowa bywa zwykle katatonją lub psychozą man. depres., musiał mieć dane, które go do tego upoważniały. Z przytoczonych powyżej przykładów widać jak tę opinję B l e u l e r a braliśmy pod uwagę, jednakowoż stwierdzić muszę, że opisane powyżej dwie podstawowe postaci, pod któremi przebiegały psychozy połogowe i laktacyjne w naszym materjale, należały do najczęstszych, i w obrazie i przebiegu swym nie dały się zaliczyć ani do grupy schizofrenji, ani do psychozy man. depres.

Obserwowano również pojedyncze przypadki, w których przebieg kliniczny wykazywał i inne cechy, wykraczające poza ramy typowego splątania poporodowego, które jednak zaliczaliśmy do psychoz poporodowych. Były to przypadki, w których obok zasadniczych cech splątania zjawiały się niekiedy objawy o charakterze wyraźnie manjakalnym (taniec, śmiech, śpiew), albo przypadki, w których urojenia prześladowcze dotyczyły bezpośrednio najbliższego otoczenia i dość często powtarzały się (np. ktoś z rodziny ma wrogie zamiary względem chorej), lub przypadki, gdzie częściej zdarzały się chwile świadomości w stanie ostrym. Jednakowoż we wszystkich tych przypadkach wybitnie przeważał zespół przedstawiony w jednym z dwóch najczęstszych typów psychozy poporodowej opisanych poprzednio, i przebieg odpowiadał przebiegowi ostrego splątania poporodowego.

Kończąc dział opisywania przypadków splątań poporodowych, podaję 2 przypadki kilkakrotnego ich powstawania po porodzie.

P r z y p a d e k 6. K. N. l. 36. Obarczenie chorobą umysłową ze strony ojca chorej stwierdzono. Charakter chorej: łagodna, pracowita, wzorowa gospodyni. Wyszła zamąż mając 17 lat. Pierwszy atak chorobowy wystąpił w czwartym miesiącu piątej laktacji. Atak przebiegał pod postacią splątania z zamroczeniem. Widziała sąd Boży, Matkę Boską, umarłych, wszystko ginęło, bracia ginęli, jeden z nich pochowany był, jako kobieta, umierał mężczyzna mający 3 lata, kładła mu pończochy, dawała cukierki, wszyscy się go bali, bo był prześcieradłem przykryty, chora podniosła prześcieradło i dawała mu cukierki. Słyszała głosy niebo-szczyków. Często uważa głosy dochodzące zzewnątrz za głosy zmarłych. Splątanie chorej przebiegało z zamroczeniem i podnieceniem ruchowem.

Podobne stany, podobne nawet co do treści, chora, która rodziła ogółem 11 razy, przechodziła po VI, IX i XI dziecku, wszystkie w okresie laktacji. Poprawa przebiegała przez ustępowanie podniecenia i splątania przy jaśniejącej orjentacji. Za każdym razem powracała do zupełnego zdrowia..

Przypadek ten, chociaż ataki miały tu pewne dość wybitne cechy schizofreniczne (urojenia prześladowcze, głosy, trupy, mężczyzna wyglądający jak kobieta), zaliczyliśmy jednak do splątania, ponieważ wszystkie te objawy występowały w stanie zamroczenia i dezorjentacji, a nadto pomimo wielokrotnego ponawiania się ataków, nie pozostawała po nich nawet żadna trwała zmiana charakteru.

P r z y p a d e k 7. Ch. l. 29. Matka chorej nerwowa. Chora charakteru łagodnego, ale łatwo unosi się. Pod względem fizycznym: wątła, wyniszczona, zmiany w szczytach. Pierwszy atak psychozy po porodzie wystąpił w 7 miesiącu laktacji po drugiem dziecku i trwał 6 miesięcy. Drugi atak obserwowany w klinice wystąpił w 4 miesiące po porodzie przy trzeciem dziecku i trwał 5 miesięcy. Atak ten przebiegał pod postacią splątania z zamroczeniem przy silnem podnieceniu ruchowem. Na ścianie widziała straszydła i ludzi, wykrzykiwała pojedyncze słowa, szamocąc się ze służbą: „kura, wół, szklane oko, ucinają jej głowę" i t. p. Podniecenie ze splątaniem trwało 2 tygodnie. Po minięciu tego stanu chora była wyczerpana fizycznie i psychicznie, zaczęły się zjawiać drobne przebłyski orjentacji, mianowicie przypomniała sobie że już raz kiedyś chorowała, pozatem zdezorjentowana co do miejsca, czasu i otoczenia. „Jeszcze nie mogę być wypisana, nie mogę pracować".

Okres wyczerpania fizycznego i psychicznego trwał około 2 tygodni, poczem wystąpiła depresja: „Co z nią będzie, powinna nie żyć, już nie żyje". Następnie wystąpiło zahamowanie z bezradnością w zachowaniu się. Stan ten litycznie dążył do poprawy, przez zwiększanie się ożywienia i zanteresowania się swemi losami i mijanie zamroczenia. Chora wypisała się jako zdrowa. Trzeci atak choroby wystąpił po czwartem dziecku, przebiegał pod postacią splątania z zamroczeniem i podnieceniem ruchowem, po czterech tygodniach minął, nie przechodząc w stan zahamowania. Obecnie chora czuje się zdrową i badana przezemnie w r. b. istotnie żadnych zaburzeń psychicznych nie wykazywała.

Dok. nast.

Dr. M. J. SKOWROŃSKI. Kraków.

O znaczeniu i wartości odżywczej otrąb w chlebie.

Z Zakładu higjeny U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. fil. i med. W. G ą d z i k i e w i c z.

Dokończenie.

Braliśmy dotąd przykłady krańcowe, bułkę pszenną i chleb z otrąb. Jeśli teraz weźmiemy chleby o różnej ilościowo domieszce otrąb, czyli chleby z mąk różnego przemiału, to na zasadzie całego szeregu doświadczeń R u b n e r a, P a n n w i t z a i innych, powiedzieć musimy, że ze wzrostem zawartości błonek komórkowych (otrąb) w mące maleje bardzo znacznie wessalność nie tylko białek, ale także i węglowodanów....., mimo, że przecież i z błonnika w jelicie grubem powstają cukry, ulegające częściowemu wessaniu. Jako przykład przytoczę tutaj kilka danych z doświadczeń P a n n w i t z a.

Przy spożywaniu chleba pszennego z 30%-owem odciągnięciem otrąb, wynosiła strata białka 18,68%, węglowodanów 3,13%. Przy chlebie żytnim razowym z 15%-owem odciągnięciem otrąb wynosiła strata białka 43,3%, węglowodanów 8,32%; przy pumperniklu — strata białka 52,04%, a węglowodanów 9,70%.

Nie ulega wątpliwości, że na podstawie tych niezaprzeczalnych i doświadczeniem ponad wszelką wątpliwość stwierdzonych faktów, musimy uznać domieszkę otrąb do chleba ze względu na obniżanie przyswajalności białek jak i węglowodanów za szkodliwą z punktu widzenia gospodarczego. Spożywając chleb biały, pszenny, w ilościach tych samych, co chleb z dodatkiem otrąb, wyzyskujemy daleko lepiej białko, a już bez porównania lepiej węglowodany. Węglowodany otrzymujemy wtedy w postaci lekko strawnej i nie narażamy się na przykre nieraz skutki obfitej fermentacji błonnika w jelicie grubem.

Z drugiej strony nie można przemilczeć faktu, że zwłaszcza bułki, ale i zresztą każde inne pieczywo białe, pozbawione otrąb, wywołuje u osób zdrowych zaparcie stolca. Możność obserwacji masowego tego zjawiska miał prof. G ą d z i k i e w i c z w Petersburgu, kiedy po ciężkich czasach, jakie miasto to przechodziło, i w których innego chleba nie wypiekano, jak tylko razowy, zaczęto znowu wypiekać i wydawać chleb biały. Wtedy n. p. robotnicy pierwszej petersburskiej fabryki chleba jednomyślnie niemal twierdzili, że ten biały chleb im nie służy, że powoduje zaparcie

stolca i t. d. Z tego widzimy więc, że otręby, szczególnie zaś zawarty w nich błonnik jest wybitnym bodźcem dla perystaltyki, nie tylko w sensie t. zw. „Schiebemittel". I to jest niewątpliwie dodatnią właściwością otrąb. To też nie może być dwóch zdań co do tego, że do chleba, przeznaczonego dla osób, które się wyłącznie lub niemal wyłącznie chlebem żywić muszą, należy się choć niewielki dodatek otrąb, mimo, że dobrze wiemy, iż przez to zmniejszymy nieco wessalność części pożywnych chleba. Ta gorsza wessalność węglowodanów i białek nie może tu zdaniem naszem wchodzić jako czynnik rozstrzygający w rachubę, tu gdzie chodzi o zapobieganie *objawowi chorobowemu*, jakim jest niewątpliwie zaparcie stolca. Stratę w ciałach odżywczych wyrówna się wtedy spożyciem nieco większej ilości chleba, a przecież uchroni się tych ludzi przed zbyt bardzo jeszcze, zwłaszcza przez higjenistów, lekceważonemi, a nieraz wprost nieobliczalnemi następstwami zaparcia *). Nie wolno nam bowiem zapominać o tem, że zaparcie staje się z czasem nawykowe, że jelito z braku odpowiednich bodźców, a więc niejako *ex inactivitate*, popada w stan atoniczny, z którego je nawet dużemi ilościami otrąb czy innych środków, pobudzających ruch robaczkowy, już nie wydobędziemy. Stąd też żaden lekarz-higjenista, pojmując swój zawód jako zapobiegawczy chorobom, nie może się zgodzić choćby tylko z tego względu, na radykalne usuwanie otrąb z mąki chlebowej, przeznaczonej na chleb dla osób nim wyłącznie, lub prawie wyłącznie się żywiących. Natomiast jako zbyteczny trzeba uznać dodatek otrąb do chleba ludzi, jadających przedewszystkiem inne pokarmy, jak mięsa, jarzyny, owoce, itd. W tych pokarmach dosyć jest błonnika, a szczególnie dużo innych ciał, pobudzających perystaltykę tak, że ów czynnik zapobiegawczy, który braliśmy wyżej pod uwagę, tutaj odpada.

Zwróćmy się teraz ku owym „pierwiastkom biogennym", którym Stoklasa przypisuje tak ogromne znaczenie. Przeglądając odnośne piśmiennictwo, spotykamy się i w tej kwestji z rozbieżnemi zapatrywaniami. Stoklasa w swem dziele „Das Brot der Zukunft" podkreśla do tego stopnia ważność pierwiastków biogennych dla życia i zdrowia ustroju, że od ilości ich uzależnia niemal całą wartość chleba.

A R. O. Neumann zaledwie pod koniec swej książki p. t.: „Das Brot" nadmienia: „Wie die Mineralstoffe im Körper bei der Brotnahrung ausgenützt werden, steht nicht volkommen fest. Ob die in den Hüllen und Schalen aufgestapelten Salze eine so ausschlaggebende Rolle spielen, wie angenommen wird, ist noch recht unklar. Die Feststellung ist auch darum sehr wichtig, weil die sogenannte Nährsalzfrage noch immer nur auf dem unsicheren Boden unbewiesener Behauptungen vegetiert".

Bądź co bądź, pierwiastki takie, jak fosfor, potas, sód i t. d. są dla życia i zdrowia wszelakich jestestw organicznych, szczególnie wyższych, bezwarunkowo potrzebne. Są one niemal każdej komórce żywego ustroju potrzebne, stanowią nieraz wprost integralną część komórki. O tem wie każdy biolog, fizjolog, każdy przyrodnik. Pozatem spełniają pierwiastki te i ich związki ważną rolę przy regulacji osmozy, równoważeniu stężeń jonowych, niektóre zaś pierwiastki, jak K, Ca, a może i Na spełniają funkcję katalizatorów w przebiegu różnych procesów chemicznych, szczególnie utleniań, (por. odn. trakt. Müller'a w podr. Zuntz'a i Loewy'ego). Niemniej ważną zdaje się być i ta okoliczność, że pierwiastki K, Na, Mg i Ca występują tu pod postacią soli kwaśnych. *„Ces sels acides à base alcaline sont libérés par les oxydations dans l'organisme sous forme de carbonates alcalins ou alcalino-terreux, c'est-à-dire sous forme de bases qui viennent saturer les acides de l'organisme (urique, lactique, sulfurique, phosphorique) provenant de la désassimilation des albuminoïdes. Donc, à l'opposé des aliments animaux qui, par la formation d'acide phosphorique et d'acide sulfurique aux dépens de la molécule albuminoïde, produisent un excès d'acide qui tend à acidifier le sang, les aliments végétaux fournissent un excès de bases alcalines qui entretiennent l'alcalinité du sang et des humeurs, alcalinité indispensable pour le fonctionnement des tissus"*... pisze Macaigne, cytując A. Gautier'a. I z tego powodu nie należy więc pierwiastków biogennych lekceważyć.

Jeszcze cały szereg innych właściwości, częściowo antagonistycznych względem siebie, przypisuje się poszczególnym pierwiastkom t. zw. biogennym, ale szczegółowe omawianie ich zaprowadziłoby nas za daleko.

*) N. p. objawy intoksykacyjne, jak bóle głowy, wymioty, depresja, podniecenie, w ogóle neurastenja, a dalej *colitis catarrhalis*, a nawet *ulcerosa*, guzy krwawnicze *(varices haemorrhoidales)*, przeczosy *(fissurae ani)* itd. itd.

Ostatecznie jednak musimy sobie powiedzieć, że mimo, iż dotąd nie znamy w szczegółach losów tych pierwiastków biogennych w ustroju zwierzęcym, że nie znamy ich metabolizmu, mimo, że nawet nie wiemy jeszcze dokładnie w jakiej ilości i pod jaką postacią (czy pod postacią soli mineralnych, czy związków organicznych) winien człowiek spożywać owe pierwiastki, mimo braku ściślejszych norm odżywczych, ich dotyczących — jednak obecność tych pierwiastków w pokarmach jest konieczna. Bez nich niema zdrowia, niema prawidłowego rozwoju, niema nawet życia. To jest fakt, nie ulegający najmniejszej wątpliwości.

Skądże człowiek czerpie potrzebne mu pierwiastki biogenne? Przedewszystkiem z pokarmów roślinnych, a w nieznacznej tylko ilości z pokarmów mięsnych. Również mleko i nabiał może człowiekowi dostarczyć dużych ilości pierwiastków biogennych. Trzeba jeszcze zaznaczyć, że pierwiastki biogenne zawarte są w pokarmach roślinnych w dużej mierze w związkach organicznych, a zdaje się być wysoce prawdopodobnem, że właśnie w postaci organicznych związków są one lepiej przyswajalne. Miałoby to szczególnie dotyczyć fosforu, zdaniem niektórych także żelaza, siarki itd. Stwierdzono też, że człowiek potrzebuje dziennie około 1 g. wapnia, a w niektórych przypadkach chorobowych więcej nawet. Otóż mięso, biała mąka i ziemniaki nie są w stanie dostarczyć człowiekowi tej ilości, gdy się je spożywa w zwykłych normalnych ilościach. Jarzyny i owoce są naszemi głównemi dostawcami wapnia (Oppenheimer). Jak słusznie Stoklasa podnosi, zawierają także otręby dość sporą ilość pierwiastków biogennych, mogących bodaj, że całkowicie zaspokoić zapotrzebowanie naszego ustroju, gdyby się rzeczywiście stały w zupełności przystępne dla wessania w przewodzie pokarmowym. Przypominamy sobie, że przecież pierwiastki biogenne drzemią między łuskami błonnikowemi i w komórkach aleuronowych, otoczonych trudno strawną błonką...., że zatem cała ich wartość zależy od strawności tej błonki komórkowej, a nie tylko od faktu obecności tych ciał w otrębach. Zapewne z pierwiastkami biogennemi dzieje się tak samo, jak z białkami. Najlepiej (procentowo) wyzyska je ustrój w białym chlebie, gdyż będą one bezpośrednio dostępne procesom trawiennym i wessania, najgorzej zaś wyzyska je ustrój, gdy będą zawarte w otrębach w chlebie. Przyczem niewątpliwie z zwiększaniem się spożytej ilości otrąb będzie się zwiększała *bezwzględna* ilość wessanych pierwiastków biogennych.

A teraz jeszcze dwa pewniki. Otóż jeżeliby ktoś spożył chleb upieczony z 100 g. białej mąki pszennej, to nawet gdyby pierwiastki biogenne, w tej mące zawarte, zużył w 100%, to mógł by tylko zresorbować 0,65 g. tych ciał (w obliczeniu na popiół), gdyż więcej ich ten rodzaj mąki nie zawiera. Natomiast jeśliby ktoś spożył chleb z otrąb pszennych, to nawet gdyby pierwiastki biogenne wyzyskał tylko w 20%, jednak jeszcze zresorbowałby 1,328 g., gdyż otręby pszenne dają 6,64% popiołu.

Wynika stąd wniosek, że dodając otrąb do chleba, zwiększamy w nim ilość zdolnych do wessania pierwiastków biogennych i jeśli może nie całkowicie, to jednak w znacznej części możemy w ten sposób pokryć potrzeby organizmu. Jak ważną rolę odgrywają pierwiastki biogenne w życiu i rozwoju najuboższych klas, żywiących się aż nazbyt często tylko chlebem, ziemniakami i odrobiną tłuszczu, (Rubner) dowodzi fakt, że najwięcej krzywicy i niedokrwistości, w związku z tem i gruźlicy, spotyka się właśnie wśród tych ludzi. Niewątpliwie stoi to w związku m. i. z niedostatecznym dowozem pierwiastków biogennych w pokarmach.

Jeśli więc dla klas zamożniejszych, jadających różne mięsa i spożywających obficie jarzyny i owoce, wystarczy najzupełniej biały chleb z pewnym dodatkiem otrąb, to dla klas ubogich, robotniczych, powinno się przeznaczać chleb z pewnym dodatkiem otrąb, takim mianowicie, który zwiększyłby ilość pierwiastków biogennych w chlebie, a nie dawał się jeszcze we znaki zaburzeniami kiszkowemi, jak wzdęciami, obfitemi i częstemi stolcami i t. d. Nawet gdyby chleb taki nie był w stanie dać ustrojowi ludzkiemu pierwiastków biogennych w tej ilości, w jakiej je potrzebuje, to jednak może go zaopatrzeć w nie obficiej niż chleb biały, a to już jest wielka zdobycz z punktu widzenia higjeny..., *nauki o zapobieganiu chorobom i osłabieniu rasy ludzkiej*.

A witaminy?

Możnaby tu powtórzyć, co już wyżej mówiliśmy na ten temat. Otóż praktycznie rzecz biorąc, w chlebie pszennym jak i żytnim nie może być witaminy A i C. Czy to, co Rubner w chlebie znalazł jest rzeczywiście witaminą A, należy wątpić. W chlebie może być tylko witamina B i to szczególnie w żytnim. Jak wiadomo, czynnik B jest czynnikiem antineurytycznym; szczególnie potrzebny on jest przy pracy fizycznej, wtedy zapotrzebowanie ustroju na ten witamin zwiększa się. Z drugiej

strony wiemy przecież, że witaminy, w bardzo nawet małych ilościach spożywane, wystarczają ustrojowi do zachowania zdrowia. Być więc może, że i ta ilość witamin B, którą zawiera chleb bez otrąb, także wystarczy. Zatem gołego tylko argumentu, że chleb z otrębami miałby zawierać czynnika B „więcej“ niż chleb bez otrąb, nie możemy uznać za wystarczający, aby otrębami obniżać strawność chleba wogóle. Jedynie dwa poprzednie argumenty były na tyle ważkie, że przeważały szalę na korzyść umiarkowanej domieszki otrąb do chleba. Zresztą nikt chyba po dziś dzień nie jest zdania, aby chleb, chociażby on nawet zawierał wszystkie składniki ziarna zbożowego, mógł stanowić pokarm wystarczający. Nie może nim być chociażby już ze względu na witaminy. „Pożywienie wystarczające musi prócz białek, zawierać wszystkie witaminy, współdziałające *w pewnym określonym stosunku zarówno wzajemnym, jako też i do innych składników pożywienia*, w szczególności do białek; niestosunek lub brak czy niedobór witamin, może nieraz sprowadzać zaburzenia takie, jakie powstają wskutek braku koniecznych dla życia kwasów aminowych“, piszą Pelczar i Karasiński pod koniec swej pracy o wpływie anacidaminoz i awitaminoz na wzrost i rozwój myszy białej. Zdaje się być wysoce prawdopodobnem, że zapatrywanie to można bez zastrzeżeń odnieść do człowieka.

Tak więc wartość tylko jednego czynnika dopełniającego B w chlebie staje się jeszcze problematyczniejsza. Dlatego też o jakiemś ulepszaniu chleba otrębami właśnie ze względu na te „niesłychanie ważne“ witaminy, mowy być nie może. Chleb w żadnym przypadku nie może być dostawcą czynników dopełniających w tej mierze, w jakiej ustrój tych ciał potrzebuje.

Zatem *jedynie ze względu na bardzo ważne właściwości, pobudzające perystaltykę jelit i ze względu na znaczną zawartość pierwiastków biogennych należy brać pod uwagę dodatek otrąb do chleba ludzi, których on jest wyłącznym lub prawie wyłącznym pokarmem.*

Jakaż zatem jest ta ilość otrąb, którą należy dodać, wzgl. której nie należy usuwać z mąki chlebowej?

Przedewszystkiem trzeba sobie zdać sprawę z tego, że i mąka z 50%-owego przemiału nie jest mąką wolną od otrąb, tem mniej mąka z przemiału 75%-owego, a taką właśnie mąkę żytnią uważa się za „czystą“, gdyż ciało mączne żyta wynosi ca 75% całego ziarna. Teoretycznie więc można z żyta uzyskać około 75% mąki czystej, bez otrąb. Praktycznie jest to niemożliwe, przynajmniej dotąd, gdyż nawet dzisiejsza technika młynarska nie jest w stanie tak dokładnie oddzielić ciała mącznego od otrąb.

Otóż doświadczenia wykazują, że już przy wymiale 75%-owym żyta, a 80%-owym pszenicy, wprowadzamy do ustroju wcale nawet sporą ilość pierwiastków biogennych. I tak np. podczas gdy mąka żytnia z 30%-owego przemiału daje popiołu tylko 0,46%, to mąka z 60%-owego wymiału daje już 1,78% popiołu, a z 70%-owego przemiału 2,09% popiołu. W gotowych chlebach natomiast będzie — rzecz jasna — popiołu mniej. I tak w chlebie pszennym (80% wymiał) według R. O. Neumanna jest 0,98% popiołu, w chlebie żytnim tego samego wymiału 1,14%. Spożywając chleb z 75—80%-owego przemiału, wprowadzamy do ustroju przy spożyciu 500 g. chleba na dobę około 5 g. popiołu, a z nim odpowiednią ilość pierwiastków biogennych. Przy tem trzeba zwrócić uwagę na to, że te ciała, w których zawarte są pierwiastki biogenne wyrażone ilością 5 g. popiołu, są bardziej przystępne sokom trawiennym w chlebie z wymiału 75—80%-owego niż w innych chlebach, o dużej ilości otrąb. To też z pewnością ta mniejsza ilość substancyj biogennych bywa lepiej wyzyskana w chlebie z 75—80%-owego wymiału niż w chlebach z całego ziarna. Pozatem trzeba podkreślić, że ilość błonnika, zawarta w chlebach z 75—80%-owego wymiału, na ogół zupełnie wystarcza dla podtrzymania prawidłowej perystaltyki jelit, przytem nie powoduje przykrych wzdęć i sensacyj niemiłych, związanych z nadmierną fermentacją, nie drażni zdrowej błony śluzowej przewodu pokarmowego, a prócz tego nie obniża zbytnio strawności samego chleba i innych pokarmów. Nieznaczną stratę ciał pożywnych trzeba już odżałować, o ile chodzi o zdrowie społeczeństwa szczególnie jego uboższych sfer.

Tak więc *streszczając* nasze poglądy na kwestję wartości otrąb, powiedzieć musimy, że:

1) Istotnie stanowią otreby dodatek mało lub wprost bezwartościowy do chleba, przeznaczonego dla klas średnich i zamożnych naszego społeczeństwa. Dla tych ludzi powinien, być chleb rzeczywiście tylko źródłem węglowodanów, gdyż reszta tzw. ciał odżywczych odgrywa tu tylko rolę uboczną z tego względu, że ustrój pokrywa zapotrzebowanie tych ciał z innych pokarmów.

2) Jeśli natomiast człowiek jest skazany na chleb jako na pokarm wyłączny, lub prawie wyłączny (jak to niestety, bywa i w naszych czasach np. wśród robotników fabrycznych w wielkich centrach przemysłowych, dalej w czasach wojen (nietylko wśród żołnierzy) i t. d.) — tam dodatek otrąb w granicach 75—80%-owego przemiału jest wskazany, a to:

a) ze względu na działanie pobudzające perystaltykę jelit. (Przy tej ilości otrąb nie potrzeba się obawiać o zbyt szybkie przechodzenie pokarmów u osób zdrowych, uczy tego chociażby codzienne spostrzeganie),

b) ze względu na wyższą zawartość pierwiastków biogennych, bez których na stałe żaden ustrój się obyć nie może.

Na zakończenie słów kilka o różnych sposobach uprzystępniania otrąb, w chlebie zawartych, naszym sokom trawiennym, czyli o sposobach ulepszania strawności otrąb, szczególnie warstwy aleuronowej.

Sposobów tych mamy dziś już cały szereg, a wszystkie one świadczą o niestrudzonych wysiłkach przyswojenia człowiekowi czy to białka, czy soli, czy witaminów, czy też wreszcie owych pierwiastków biogennych, zawartych w otrębach. I tak jedni starają się przez zwykłe usunięcie otoczki owocu i nasienia ułatwić strawność warstwy aleuronowej. Są to sposoby dekortykacyjne Till'a, Bruck'a, Uhlhorna i Steinmetza.

Inni znowu starają się w mechaniczny sposób rozbić poszczególne komórki aleuronowe (Klopfer, Finkler).

Jeszcze inni, jak Schlütter, H. Feddersen, Grosse-Brankmann, starają się dojść do tego samego celu sposobem chemicznym. Próbowano także przygotować ciasto wprost z ziarna*) (Avedyk, Gelinck, Golovine, Simons, Gross) również w nadziei, że się w ten sposób chleb ulepszy.

O wszystkich tych sposobach trzeba mimo przeróżnych atrakcyjnych reklam i słów zachwytu jedno powiedzieć że niestety nie zwiększają one przyswajalności otrąb, albo wcale, albo tylko nieznacznie, a przedewszystkiem nie usuwają przykrych objawów, związanych z fermentacją błonnika w kiszkach, boć przecież tak, czy owak jednaka mniejwięcej masa błonnika dostaje się do przewodu pokarmowego. Nie dziw więc, że też rzeczywiście wszystkie te sposoby nie doczekały się szerszego praktycznego zastosowania. Świadczą one jednakże o tem, że praca nad ulepszeniem naszego chleba codziennego nie ustaje, i ustawicznie nowych szuka dróg, aby wyzyskać, ile się da z drogocennego ziarna zboża. Oby praca ta jak najlepszemi została uwieńczona skutkami: Dla dobra Ludzkości!

Piśmiennictwo:

Abderhalden E.: Die Grundlagen unserer Ernährung i t. d. Berlin 1917. — Babkin: Die aüssere Sekretion der Verdauungsdrüsen. Berlin 1914. — Decker: Die Verdaulichkeit der Kriegsbrote. Münch. med. Woch. Nr. 21. R. 1915. — Donhaiser Antoni: Temperatura wypieku chleba i wpływ jej na drobnoustroje, zawarte w cieście. „Przyroda i Techn.“. r. 1926. — Gądzikiewicz W.: Chleb powszedni. „Zdrowie“ Warszawa. Nakł. Mag. Heroda r. 1923. — Tenże: wypiek chleba wprost z ziarna bez przemiału. Przyrodn. R. 2, z. 2. Cieszyn. — Hastings Milo: You'll eat real Bread in Future. Physical Culture R. 1923. zeszyt 5. — Kestner, Knipping i inni: Ernährung des Menschen. Springer Berlin 1926. — Knopfelmacher: Die Avitaminosen. Wiener Klin. Wochschr. r. 1927, zeszyt 1. — Lelesz Edmund: O działaniu odżywczych czynników dopełniających (witamin) i t. d. Poznań 1926. — Macaigue: Précis d'Hygiène. Paris-Baillière. 1922. — Maurizio: Nahrungsmittel aus Getreide. Berlin. Parey. 1917. — Mikini: Rukowodstwo po chlebopiekarnomu proizwodstwu. Petersburg 1912. — Neumann M. P.: Brotgetreide und Brot. Berlin. Parey. 1914. — Neumann R. O.: Das Brot. Berlin 1922. — Oppenheimer C.: Grundriss der Physiologie. Lipsk. Thieme r. 1920. — Pelczar K. i Karasiński S.: Wpływ anacidaminoz i awitaminoz na wzrost i rozwój myszy białych i t. d. Medycyna Dośw. i Społ. T. II. — Rubner M.: Vom Brot und seinen Eigenschaften. Deut. Med. Wochenschr. Nr. 18 r. 1915. — Sojka L.: Studja higjeniczne nad chlebem żołnierskim. Lekarz Wojskowy R. VI. Nr. 10. — Stoklasa J.: Das Brot der Zukunft. Jena 1917. — Zuntz-Loewy: Lehrbuch der Physiologie d. Menschen Lipsk. Vogel. 1920.

---

*) Sposób ten miałby z stanowiska ekonomicznego duże znaczenie gdyż nie potrzeba by było wogóle przedtem ziaren mleć. Wpłynęłoby to niewątpliwie na obniżenie ceny chleba. Jednakże ze względu na to, że obecność otrąb w chlebie w znaczniejszej ilości sama przez się nie jest wskazana, więc i ten rodzaj „ulepszania chleba“ ma znaczenie całkiem podrzędne.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Janina MISIEWICZ. Warszawa.

Łatwa metoda otrzymywania u kobiet moczu, nie zawierającego domieszek z dróg rodnych, bez użycia cewnika.

Z I. Kliniki Wewnętrznej U. W.
Dyrektor: Prof. Witold Orłowski.

Wyraźna domieszka komórek w osadzie moczu mężczyzn świadczy zwykle o schorzeniu narządu moczowego. Określenie przynależności komórek tych do poszczególnych odcinków narządu (nerki, miedniczki, pęcherza czy cewki) możliwe jest bez cewnikowania.

Co się tyczy moczu kobiet, to tu duża nawet domieszka ropy czy komórek nabłonka płaskiego może świadczyć często jedynie o istniejących upławach, a nie o zajęciu narządu moczowego.

To też, jeśli chodzi o ścisłe, rozpoznawcze badanie osadu moczu kobiecego w przebiegu schorzeń narządu moczowego, uciekać się musimy często do cewnikowania, aby wykluczyć w moczu domieszki z zewnętrznych części rodnych.

W klinice pobranie moczu cewnikiem nie spotyka trudności, i jednorazowe skrupulatnie wykonane cewnikowanie nie pociąga za sobą żadnych przykrych następstw dla chorej. W praktyce jednak prywatnej lub ambulatoryjnej cewnikowania nie można już tak łatwo stosować.

Pozatem i w klinice zdarzają się przypadki, w których cewnikowanie jest niepożądane, czy to ze względu na obawę zakażenia wstępującego, czy ze względu na nierzadko spotykany opór chorej.

Niepożądanem, a nawet wręcz niedopuszczalnem będzie również często powtarzające się cewnikowanie, tak jak to może być potrzebne w badaniach seryjnych.

W latach 1924—1925 wykonano w klinice naszej takie właśnie seryjne badania osadu moczowego w przebiegu zapaleń ropnych miedniczek nerkowych, leczonych różnemi metodami. Wyniki badań przedstawiono na Zjeździe Internistów w Warszawie 1925.

Okoliczność ta skłoniła mnie do szukania sposobów, pozwalających na uzyskanie moczu czysto pęcherzowego, pozbawionego domieszek z zewnętrznych części rodnych, a pomijających cewnikowanie.

W tym celu badałam w szeregu przypadków osad z czterech próbek moczu.

1) Próbka pierwsza — był to mocz oddany przez chorą bez żadnych z mej strony wskazówek do czystego słoja szklanego, zrana, po przebudzeniu się.

2) Drugą próbkę oddawała chora na drugi dzień po obmyciu zewnętrznych części rodnych „jak sama chciała".

3) Na trzeci dzień dostawałam trzecią próbkę. Tym razem mocz oddawano zwykle w mej obecności, po wykonaniu przepisanego przezemnie szczegółowego obmycia. Wymagałam mianowicie obmycia części zewnętrznych ciepłą wodą w pozycji „kucania" z rozwartemi kolanami i rozsuniętemi wargami sromnemi, w tejże pozycji natychmiast po obmyciu badana oddawała mocz tak, by wypływał on z cewki wąskim silnym strumieniem.

4) W przypadkach, w których ta ostatnia (trzecia) próbka moczu zawierała nabłonki płaskie lub leukocyty pobierałam czwartą próbkę cewnikiem (w 4—6 godzin po oddanu trzeciej próbki).

Wszystkie badane chore w okresie tych 3-ch dni nie rozpoczynały energiczniejszych kuracyj.

Badania moje obejmują 45 przypadków.

W tej liczbie było:

Kobiet zdrowych bez upławów	12
Kobiet zdrowych z upławami	8
Przyp. zapalenia miedniczek bez upławów	8
Przyp. zapalenia miedniczek z upławami	4
Przypadków cysto-pyelitis z upławami	2
Przypadków cystitis bez upławów	1
Nephritis — bez upławów	6
Nephritis z upławami	2
Urethritis z vaginitis gonorrh.	2
Razem	45

Osady ze wszystkich próbek moczów badałam po 5 minutowem wirowaniu ręcznem przy użyciu objektywu 7 i okularu 4.

Notowałam zawsze rodzaj komórek oraz ich ilość, obliczając na pola widzenia względnie na cały preparat t. j. 1 kropla osadu.

Zestawienie wyników otrzymanych wykazało co następuje:

1) Wszystkie bez wyjątku mocze oddane bez zachowania ostrożności i uprzedniego obmycia zawierały mniejsze lub większe domieszki z zewnętrznych części rodnych, niezależnie od wieku, odżywienia, stanu, lub czystości osobistej badanych kobiet.

2) Osady moczów z próby drugiej (podmycie się dowolne) w nielicznych tylko, można powiedzieć wyjątkowych, przypadkach nie zawierały domieszek z części zewnętrznych, w ogromnej zaś większości przypadków były zupełnie podobne do osadów z próby pierwszej.

3) Osady moczu, oddanego przez badaną w sposób przepisany (natychmiast po obmyciu części zewnętrznych z rozwartemi kolanami i rozsuniętemi wargami) niczem nie różniły się od osadów z prób pobranych cewnikiem. Wyjątek stanowił tu tylko przypadek *Urethritis*, w którym ropy w moczu kateteryzowanym nie było, w próbce zaś wzorowo oddanej było 2—5 leukocytów w polu widzenia.

W 8 badanych przypadkach chore oddawały w mojej obecności mocz w pozycji leżącej (w łóżku) z rozwartemi zgiętemi kolanami i rozsuniętemi wargami. W takich przypadkach zwracać należało uwagę, aby strumień moczu wypływał z cewki silnym łukiem, co łatwo otrzymać przy silniejszem parciu ze strony pacjentki. Osady tych moczów nie zawierały również komórek z zewnętrznych części rodnych.

Te porównawcze badania pozwalają twierdzić niezbicie, że cewnikowanie chorych kobiet w celu zbadania moczu niezanieczyszczonego domieszką z zewnętrznych części rodnych są bardzo często zbędne.

Można je zastąpić badaniem moczu, oddanego przez chorą po uprzedniem należytem podmyciu się i zachowaniu wyżej podanych przepisów. Sposób ten jest tak łatwy, że nie tylko lekarz, lecz inteligentna pielęgniarka może udzielić chorej potrzebnych wskazówek, względnie u chorych obłożnie może pomóc przy oddawaniu moczu w przepisany sposób.

Dr. Z. GUTENTAG. Kraków.

Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem cibalginy.

Z Oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpit. Św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz Doc. Dr. J. Zubrzycki.

Przemysł farmaceutyczny ostatnich lat wzbogacił zapas środków kojących bóle całym szeregiem przetworów, z których jedne lepiej drugie gorzej spełniają swoje zadanie. Między innemi wymieniam cibalginę, wyrabianą przez Pabianickie Towarzystwo Ciba, z której działaniem zapoznałem się w całym szeregu przypadków. W skład tego przetworu wchodzi kwas dwualilobarbiturowy i dwumetylaminodwumetylpirazolon, a więc środki nie zawierające alkaloidów, a działają, jak to powszechnie wiadomo uśmierzająco na bóle.

Posługując się preparatem tym przeprowadziliśmy na oddziele liczne doświadczenia, chcąc ocenić jego własności leczniczę. Podawaliśmy cibalginę w postaci płynu i kołaczyków doustnie, oraz w postaci wlewań podskórnych. Dożylnem wlewaniem cibalginy, jak niektórzy autorowie radzą, na naszym oddziele nie posługiwaliśmy się. Celem naszym było po pierwsze stwierdzenie, czy cibalgina może zastąpić podawanie morfiny, po drugie czy posiada działanie nasenne i po trzecie czy działa kojąco na bole w odniesieniu do schorzeń narządów rodnych kobiecych i w jakich przypadkach? Liczba chorych u których podawano cibalginę wynosiła czterdzieści. Podzielę je na trzy grupy. Do pierwszej w liczbie ośmiu zaliczam chore po zabiegach chirurgicznych. Do drugich w liczbie czterech zaliczono chore z miesiączkowaniem bolesnem, a wreszcie do trzeciej w liczbie dwudziestu ośmiu chore ze sprawami zapalnemi dróg rodnych, które na oddziele były leczone zachowawczo.

Z ośmiu chorych, u których podawano cibalginę w dniu zabiegu zamiast morfiny, u czterech zastosowano po wyjęciu macicy sposobem Wertheima, u dwu po wyjęciu guzów nowotworowych przydatków, a dwie przebyły otwarcie jamy brzusznej z powodu ciąży pozamacicznej. W tych przypadkach stosowano cibalginę tylko w postaci zastrzyków podskórnych w ilości 2 cm³ jednorazowo. Największa ilość wynosiła dwa zastrzyki na dobę. U tych wszystkich chorych nie widziano wogóle żadnego wyniku. Cibalgina nie działała ani jako środek uśmierzający bóle, ani jako środek nasenny i nie przynosiła chorym nawet chwilowej ulgi w nasileniu bolów.

Na podstawie więc tych wyników dochodzimy do wniosku, 1) że Cibalgina jako taka nie jest w stanie zastąpić morfiny podawanej chorym po zabiegach celem uspokojenia bolów. 2) że cibalgina nie działa uśmierzająco na bole występujące u chorych po zabiegach w obrębie jamy brzusznej.

Inne zupełnie natomiast wyniki spostrzegaliśmy u czterech chorych w drugiej grupie z bolesnem miesiączkowaniem. Cibalginę podawaliśmy u nich doustnie 3 do 5 razy dziennie po jednym kołaczyku. U tych chorych po zażyciu jednego kołaczyka w dwadzieścia minut ustawały bole na przeciąg czasu od 2 do 6 godzin. Czas trwania znieczulającego działania cibalginy nie da się ściśle określić, gdyż wahał się u chorych w rozmaitych granicach. Z chwilą występowania na nowo bolów, podawaliśmy ponownie kołaczyki i zazwyczaj ilością kołaczyków od 3 do 5 na dobę uzyskiwaliśmy dobre i zadowalniające wyniki. O wiele energiczniej u tych chorych działała cibalgina w postaci zastrzyków podskórnych. Bole ustawały już najpóźniej w 10 minut po podaniu leku.

Tak przy podawaniu doustnem jak i podskórnem nie zauważono wpływów ubocznych, jak wymiotów, nudności braku apetytu i zmęczenia. Uderzył nas pozatem, brak działania nasennego przy równoczesnem działaniu znieczulającem i na ten szczegół zwracamy uwagę. Chore nie zauważyły po podaniu cibalginy senności. Ma to zdaniem naszem ważne praktyczne znaczenie, gdyż z tego wynika, iż podawanie cibalginy przy miesiączce bolesnej zalecić można szczególnie u kobiet pracujących, gdyż kojąc bole równocześnie nie sprowadza senności, i tem samem nie przeszkadza w wykonywaniu codziennych zajęć. Z powyższych doświadczeń klinicznych grupy drugiej wynika, że cibalgina działa uśmierzająco na bole przy bolesnych miesiączkach, nie działając równocześnie nasennie.

Ostatnia grupa chorych u których stosowano cibalginę to osoby leczone zachowawczo z powodu spraw zapalnych narządów rodnych. Grupa ta wynosi 28 wypadków, z tych dwadzieścia przypada na obustronne guzy zapalne przydatków, dwie na zapalenia przymacicza, 6 na zapalenie otrzewnej miednicy małej z wysiękiem w zatoce Douglasa. Wszystkie żaliły się na mniej lub więcej dotkliwe bóle występujące u nich w rozmaitych porach dnia, nieregularnie i niejednostajnie długo trwające. Tym chorym podawano cibalginę w postaci kołaczyków doustnie lub w postaci podskórnych wlewań w ilości 2 cm^3. W tych przypadkach tak przy podawaniu leku doustnem jak i przy podskórnem wyniki były w zasadzie dobre, u chorych ustawały bóle i to przyczyniało się do tego że i noce spędzały spokojnie. Tylko w dwóch przypadkach tej grupy działanie zupełnie zawiodło pomimo podawania środka tego doustnie jak i podskórnie. W tych przypadkach chore żaliły się na bóle wywołane jak to badanie kliniczne wykazało sprawami zapalnemi, toczącemi się nietylko w przydatkach lecz i otrzewnej. Rozpoznano bowiem u nich zapalenie otrzewnej miednicy małej z wysiękiem w zatoce Douglasa.

Z doświadczeń klinicznych grupy trzeciej pozwalam sobie wysnuć następujący wniosek, że cibalgina działa uśmierzająco na bóle, mające swoje źródło w sprawach zapalnych przydatków macicy, zawodzi zaś niejednokrotnie tylko w wypadkach bólów pochodzenia otrzewnowego, co już i przy zastosowaniu cibalginy po zabiegach rzucało się w oczy.

Wreszcie w naszych badaniach staraliśmy się rozstrzygnąć, jaki sposób podania leku daje najlepsze wyniki?

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że najdogodniejsze jest podanie doustne i to w postaci kołaczyków, lecz działanie jego uwidocznia się dopiero w jakie 20—30 minutach po zażyciu leku, w przeciwieństwie do podania podskórnego, po którem lek działa już po 10 minutach. Z tego wynika, że o ile chodzi o szybki wynik, należy oddać w tych razach pierwszeństwo podskórnemu zastrzykowi przed doustnem podaniem, zwłaszcza że po podaniu podskórnem chore nie odczuwały żadnych silniejszych senzacji, prócz nieznacznego pieczenia w miejscu zastrzyku, które trwało zaledwie kilka minut.

Co do trwania działania leku, bez względu na jego rodzaj zastosowania obliczamy go na podstawie naszych doświadczeń przeciętnie na 5 do 8 godzin. Przyczem zaznaczyć muszę, że odnieśliśmy wrażenie, że działanie jego znieczulające po zastosowaniu podskórnem trwało dłużej, niż po podaniu doustnem.

Zestawiając powyższe wyniki dochodzimy do wniosku, 1) Cibalgina jest środkiem działającym na bóle bez równoczesnego ubocznego działania nasennego. 2) Może być podawana doustnie lub podskórnie i w przypadkach bólów pochodzenia nieotrzewnowego przynosi chorym ulgę na czas od 5—8 godzin. 3) Przy bolesnych miesiączkach jako środek kojący, bez ubocznego działania nasennego zasługuje na szczególniejsze polecenie.

Dr. Jan NIEWOLA, asyst. szkoły. Kraków.

Kleszcze Kiellanda w zastosowaniu [1]).

Z Państwowej Szkoły Położnych.
Dyr. Dr. Ada Markowa.

Zapoznawszy się z kleszczami Kiellanda w ich praktycznem zastosowaniu i rozejrzawszy się w piśmiennictwie dotyczącem tego przedmiotu chcę w krótkim rzucie podać kilka uwag, odnoszących się do użycia tego narzędzia jak również przytoczyć wyniki, jakie uzyskaliśmy na oddziale.

Sztukę i wiedzę położniczą cechuje wybitny konserwatyzm. Tymczasem czytając o zabiegach jakich dokonuje się kleszczami Kiellanda odnosi się wrażenie, że w użyciu owych kleszczy przekroczono ramy wskazań, przed czem już sam Kielland przestrzegał i że nie owa cecha konserwatywna ale pole rozległej i nieprzewidywanej uprzednio polypragmazji święci swoje trjumfy. Nowe narzędzie wywołało w dyskusji „psychozę Kiellandowską" a w praktyce prawdziwy „furor operativus". Boć jeżeli jeden z autorów przytacza 47 przypadków kleszczy wysokich na ruchomej główce na około 6.000 porodów, jeżeli inni nie widzą nic zdrożnego w tem, gdy przed zamierzonem cięciem cesarskiem doradzają próbować spiesznie kleszczy Kiellanda, a dalej jeżeli po nieudałych kleszczach wykonuje się obrót, jeżeli nawet nie wahano się użyć kleszczy Kiellanda jako wysokich w łożysku przodującem, jeżeli dodamy, że kilkakrotnie zakładano kleszcze Kiellanda na pośladki, to inaczej, jak polypragmazją określić tego nie podobna.

Bezstronnie należałoby tylko przypuścić, że sprawnośc techniczna poszczególnych operatorów musi być wysoka, jeżeli w tych razach matki i dzieci wychodzą obronną ręką.

Przeglądając piśmiennictwo jedno można obecnie zauważyć, a mianowicie, że kiedy przed trzema laty autorów, zabierających głos w tej sprawie podzielićby można było na 3 grupy t. j. entuzjastów, umiarkowanych i przeciwników kleszczy Kiell. to dziś nikt prawie wartości tego pomysłowego narzędzia nie przeczy, a rzecz cała idzie tylko o to, czy kleszcze te należy oddać w ręce praktyka, czy zatrzymać je tylko dla wytrawnych klinicystów i wysoko technicznie wyszkolonych położników.

Ci, którzy stoją na stanowisku, że nie należy oddawać ich praktykowi uważają, że przypadki porodów, w których należy użyć kleszczy wysokich, są tego rodzaju, że przeciętny praktyk w tych razach żadnych kleszczy zakładać nie powinien, gdyż większą szkodę aniżeli korzyść przynieść może.

Z autorów polskich o kleszczach Kiellanda pisali: Zubrzycki, Duczymińska, i Szymanowicz-Gawroński.

Co do budowy, to kleszcze K. cechują się prostym, delikatnym kształtem, uwarunkowanym głównie brakiem wygięcia miednicowego, krótszego wygięcia główkowego i zastosowaniem prostego, przesuwalnego zamku.

Cel kleszczy to umożliwienie założenia łyżek zawsze w wymiarze ciemieniowym bez względu na ustawienie samej główki do ścian i płaszczyzn miednicy i jej ułożenie.

Dzięki swej budowie oraz specjalnej technice zakładania kleszcze te zadaniu swemu odpowiadają. Tu muszę przypomnieć, że już w roku 1866 Lazarewitsch skonstruował proste kleszcze, które próbowano na klinice Brauna, a następnie, jako nie nadające się do użytku odrzucono. Cykowski z Warszawy w pracy z roku 1913 podaje, że w 38 przypadkach kleszczy wysokich osiągnięto doskonałe rezultaty, posługując się na klinice warszawskiej kleszczami, które zakładano w prostym wymiarze miednicy na główkę, znajdującą się wysoko.

Kleszczy Kiellanda, modelu oryginalnego, używamy na oddziale od 3½ lat i to w tych przypadkach, w których wartość ich przedkładamy ponad inne, jako kleszczy wysokich, obrotowych i w ułożeniach defleksyjnych.

Ponieważ wymienione nieprawidłowości nie często się zdarzają, toteż ilość przypadków zakładania kleszczy K. jest nie wielka, co jest w prostym stosunku do uznawanych przez nas wskazań, których dla modelu K. nie rozszerzamy. Stoimy bowiem na stanowisku, że operacja kleszczowa, jak każda inna, wymaga ściśle określonego wskazania: niebezpieczeństwo życia dla matki lub płodu. Wskazanie to musi być tem poważniejsze, im cięższy zabieg się przewiduje. Wobec powyższego stanowiska ścieśnienia miednicy, niekorzystne ustawienie główki, słabe bole, stany podgorączkowe, opór części miękkich, brak tłoczni brzusznej a ze strony płodu, tętno głuche, nieregularne, ze szmerem, odchodzenie smółki same przez się nie powinny być wskazaniem do zabiegu kleszczowego.

---

[1]) Według referatu w Krak. Tow. Ginekolog. w dniu 18. I. 1927 r.

Założenie tych kleszczy nie wymaga nadzwyczajnych zdolności i zręczności technicznej ze strony operującego. Toteż oddajemy je obecnie w Państwowej Szkole Położnych, oczywiście z pewnemi zastrzeżeniami, zawsze pod kontrolą, w ręce lekarzy u nas praktykujących.

Otóż co do techniki zakładania kleszczy K. to z wyjątkiem kilku przypadków udawało nam się zawsze kleszcze założyć sposobem obrotu przedniej łyżki i to łatwiej, kiedy warunki przestrzenne w miednicy były możliwe, trudniej w miednicach nieprawidłowych. Kilka tylko razy uciekaliśmy się do nasuwania przedniej łyżki, którym to sposobem łyżkę przednią nie zawsze tak daleko, a raczej wysoko daje się założyć, ażeby mogła dobrze spocząć na policzku. Dodać muszę, na co wyraźnie zwraca uwagę Kielland, iż w tym sposobie zakładanie łyżek właściwą, manewrującą ręką jest nie ręka wewnętrzna, lecz ta, w której dzierżymy rękojeść łyżki i druga rzecz, że jeśli nam przeszkadza udo rodzącej, to należy unieść je ku górze.

Na ogół jednak sposób zakładania łyżki przedniej jest rzeczą dowolną — bo można ją założyć i obrotem i przesuwaniem, lecz pamiętać trzeba, iż są pewne przypadki nadające się do jednego tylko z tych dwóch sposobów zakładania. I tak trudność założenia przedniej łyżki sposobem obrotu istnieje zwykle w czasie bólu, jeżeli dolny odcinek macicy jest bardzo wyciągnięty, a brzegów ujścia nie da się dosięgnąć, jeżeli bark przeszkadza w prowadzeniu łyżki i w asynklityzmie szwu strzałkowego. W ułożeniu niskiem poprzecznem, zakładanie przedniej łyżki udaje się w pewnych razach sposobem przesuwania. Łyżką tylną szczególnie w miednicy płaskiej, trzeba również pokonywać trudności, które idą w dwóch kierunkach: albo silnemu obniżeniu rękojeści przeszkadza główka płodu, albo też wzgórek kości krzyżowej, jeżeli rękojeść jest za mało obniżona. Oscylowanie między tymi dwoma ruchami umożliwia zawsze wprowadzenie tylnej łyżki.

Drżenie i spełzanie łyżek świadczą, że one źle leżą. Brakiem dostatecznej techniki i zaufania do kleszczy K. tłumaczę sobie niemożność założenia tych kleszczy w okresie pierwszych prób robionych z niemi, gdyż w dwóch przypadkach kleszczy wysokich dopiero uratowały sytuację założone kleszcze Breussa.

Jedną okoliczność muszę podkreślić, która dla stosowania kleszczy jest rozstrzygająca. Można często zwykłemi kleszczami główkę dziecka przez miednicę przeprowadzić, chociaż nie jest się dokładnie co do sytuacji ciemiączek zorjentowanym, a więc udać się mogą kleszcze, jeżeli przy jakiem takiem doświadczeniu uważa się na skręt czaszki i jeżeli niejako owej czaszcze pozwalamy się prowadzić. Dla dobrego założenia kleszczy K. musi się mieć dokładne pojęcie o ułożeniu główki i mechanizmie porodowym, gdyż przez niewłaściwe ujęcie, a następnie pociąganie powstać może odgięcie główki, które obrót i wydobycie może utrudnić, a nawet uniemożliwić.

W normalnem użyciu siły jest rzeczą prawie niemożliwą odwrotnie skręcić główkę. Zdarzyło się i nam, że z nadmierną siłą skręciliśmy główkę odwrotnie; toteż tam, gdzie skręcenie idzie ciężko, należy kleszcze zdjąć, badanie kontrolne powtórzyć, jeszcze raz kleszcze założyć, a wówczas okazać się może, że rozpoznanie początkowe było nieścisłe, co potwierdzi się następowo łatwością zabiegu.

Z tego co powiedziałem wynika, że kleszcze K. nie są jakimś nadzwyczajnem narzędziem obrotowym; wtedy, kiedy główka normalnie dokonuje obrotu, my nie skręcamy, lecz z czuciem pociągamy i gdy się zauważy, że główka ma dążność skręcenia się, skręcamy. Nie należy wymuszać zwrotu ciemienia małego pod spojenie, lecz iść za impulsem skrętu główki, który w czasie pociągania występuje, a nawet wówczas jeżeli ten impuls wskazuje na n. p. ułożenie ciemieniowe, tylne potylicowe. Należy więc trzymać się mechanizmu porodowego, a nie stwarzać nowego.

W myśl tych wyżej przytoczonych zasad zakładaliśmy kleszcze K. przeważnie w uspieniu w przeciągu 3 i 1/2 roku na 3.700 porodów 61 razy ze skutkiem, a 12 razy bezowocnie. W tych 12 razach, porody ukończyliśmy ową ostatnią konsekwencją nieudałych kleszczy — wymóżdżeniem.

Zestawienie przypadków przedstawia się jak następuje:

Kleszcze wysokie: 28

	Miednica:		Główka:	
Pierwiastki: 19	prawidłowa:	13	ustalona:	15
Wieloródki: 9	płaska:	12	ruchoma:	13
	ogólnie ściśn.:	3		

Kleszcze na główce w jamie ze szwem strzałkowym pop. lub ukośnie: 19

	Miednica:	
Pierwiastki: 12	prawidłowa:	9
Wieloródki: 7	płaska:	6
	ogólnie ściśn.:	4

Niskie poprzeczne: 14

	Miednica:	
Pierwiastki: 10	prawidłowa:	5
Wieloródki: 4	płaska:	6
	ogólnie ściśn.:	3

Wymóżdżenie po kleszczach

Kiell., Breussa i Nägelego: 12

	Miednica:	
Pierwiastki: 8	prawidłowa:	4
Wieloródki: 4	płaska:	5
	ogólnie ściśn.:	3

Co się tyczy materjału pacjentek to jest on różny, a odsetek ciasnych miednic nie jest duży. We większym niestosunku między główką, a miednicą poród należałoby przeważnie ukończyć inną drogą, a nie kleszczami, lecz w naszej kategorji rodzących wiele matek dziecka sobie nie życzy, i na zabieg rozwiązujący taki jak hysterolaparatomia absolutnie się nie zgadza. Z konieczności wtedy probujemy kleszczy, mając przeświadczenie, że nie są one żadną miarą narzędziem do forsowania porodu w ciasnej miednicy.

Toteż ilość kleszczy nieudałych z następowem wymóżdżeniem jest duża i wynosi aż 12 przypadków t. j. 0·3% po próbie kl. Kiellanda, Breussa i Nägelego i właściwie nie powinny obciążać statystycznie ani kleszczy Kiell. ani innych.

Zarzut przeciwko kleszczom K. w tej grupie przypadków byłby słuszny, gdyby okazało się, że przecież jakimś modelem kleszczowym można główkę płodu przez miednicę przeprowadzić.

W grupie tej kleszcze K. albo z trudnością udało się założyć, albo założone przy pociąganiu drgały i spełzały. Zachodzi pytanie dlaczego nie udało się kleszczy założyć. Trudności te występowały dlatego, ponieważ czaszka nie doszła jeszcze do miednicy, jak to bywa w miednicach nieprawidłowych, albo też główka w miednicy prawidłowej wstawiała się w defleksji, nieprawidłowo.

Do tej grupy zaliczam również jeden przypadek wymóżdżenia w miednicy płaskiej II-go stopnia z główką ustaloną, gdzie tętno w czasie pociągnięcia kleszczami, późno zakładanemi, zgasło.

Lżejsze stopnie ścieśnienia miednicy przy niewielkiej główce kleszczami K. mogą być przezwyciężone łatwiej aniżeli się to udaje kleszczami osiowemi albo Nägelego.

Jeżeli w miednicy płaskiej I-go stopnia i miednicy krzywiczej główka we wchodzie wstawia się poprzecznie i jeżeli my kleszczami osiowemi ujmujemy czaszkę w wymiarze poprzecznym miednicy, to wskutek ucisku zmniejszamy prawdopodobnie ten wymiar główki o jakąś część, elastyczną natomiast zawartość czaszki powiększać będzie wymiar główki skroniowy t. j. ten, który ma się przesunąć przez prosty wymiar miednicy.

Ponieważ zaś miednica płaska w wymiarze prostym jest pomniejszona, to pociąganie kleszczami osiowemi warunków tych poprawić nie jest w stanie. Kleszcze K. natomiast ujmują główkę w wymiarze dwuskroniowym, prostym wymiarze miednicy i przez ucisk pomniejszają zawartość czaszki w tych częściach, któremi główka ma przejść przez miejsce wąskie. Przy swojej delikatnej budowie łyżek i przy ścisłem przyleganiu kleszcze chwytają główkę w wymiarze dwuskroniowym, powodują więc wydłużenie się wymiaru podłużnego, a zmniejszenie poprzecznego. Następstwem tego będzie nie zwiększenie niestosunku porodowego, lecz jego pomniejszenie i łatwiejsze sprowadzenie główki do miednicy.

Ścisłe przyleganie łyżek sprawia, że główka niemi objęta przy pociąganiu nie napotyka na tak duży opór, jak się to dzieje w kleszczach klasycznych, zwrot główki jest łatwiejszy, a uszkodzenie ścian szyjki i pochwy mniej rozległe.

I jeżeli, jak się zdarzyć może, założymy kleszcze nieściśle w wymiarze doskroniowym ale ramiona łyżek sięgają jedno ku policzkowi, a drugie obejmuje okolicę ucha i wskutek tego nie obejmują całej główki, a tylko jej odcinek i od niego odstają, to niewłaściwe ich uchwycenie okaże się odrazu oporem przy pociąganiu, większem rozpięciem pochwy, a w zrostach spowodować może więcej rozległe uszkodzenia, jakto mieliśmy sposobność przekonać się, w poszczególnych przypadkach.

Kleszcze K., jako wysokie zakładaliśmy w różnych warunkach od ciężkich do bardzo lekkich 28 razy, w tem 13 razy na ruchomej główce i zawsze udało się nam główkę do miednicy sprowadzić, a następnie z nielicznymi wyjątkami urodzić płód żywy, względnie omdlały.

Co do budowy miednicy to zaznaczę, że w 13 przypadkach wymiary były prawidłowe — w 15 budowa od płaskiej do ogólnie ścieśnionej.

Kleszcze na główce ze szwem strzałkowym ukośnie lub poprzecznie zakładaliśmy 14 razy; w asynklityzmie szwu strzałkowego 2 razy, w położeniu ciemieniowem 2 razy, przyczem raz udało nam się skręcić ciemię małe pod spojenie, a drugi raz urodzić w ciemieniowym.

W ułożeniu twarzowem użyto kleszczy K. raz jedyny. Wszystkie ułożenia twarzowe, na oddziale rodziły się same, razem więc 19 razy. Położenie czołowe z nad wchodu z pierścieniem skurczowym poza pępkiem w miednicy prawidłowej skończyliśmy wymóżdżeniem.

Jeżeli było poważne wskazanie, to nie wahaliśmy się również używać kleszczy K. przy ujściu rozwartem na małą dłoń w kilku przypadkach; trzykrotnie nacinaliśmy ujście zewnętrzne.

Wskutek tego, że kleszcze te z główką tworzą jedną całość ujście rozpina się na zstępującym, stożkowatym, dolnym odcinku główki, a nie jak w kleszczach klasycznych tylko na przeciwległych punktach odstających łyżek.

Co do obrażeń, znanych z piśmiennictwa, to wynikają one częściowo z nieuzasadnionego wskazania.

Otóż z piśmiennictwa znane są obrażenia wszystkich narządów w sąsiedztwie kanału rodnego, które wydarzyły się wcale nie początkującym operatorom. Pierwsze pęknięcie macicy w czasie zakładania przedniej łyżki obrotem, podał do wiadomości Zangenmeister z Berlina.

My też mieliśmy obrażenia po kleszczach K.: jedną przetokę pęcherzowo-pochwową, powstałą prawdopodobnie wskutek złego kierunku pociągania, a może skrętu i jeden roztęp spojenia łonowego u pierwiastki z miednicą ciasną i główką nad wchodem.

Co do przypadku przetoki: Pacjentka pierwiastka lat 25, przybyła o 3 g. nad ranem w towarzystwie lekarza, który wezwany z powodu krwotoku z części rodnych pod koniec ciąży wytamponował pochwę. Za przyczynę krwawienia podała pacjentka uraz, jakiego doznała w brzuch, uderzając się o róg łóżka w ciemnym pokoju. Tampon usunięto. Rano rozpoczęły się bole porodowe; o 10 g. z powodu ciągłego krwawienia z pochwy zbadano jeszcze raz i miejsce najsilniej krwawiące na bocznej lewej ścianie obszyto; dwa inne obrażenia, jedno na dolnej ścianie, a drugie na przedniej mniejsze pozostawiono nieruszane, — wieczorem, z powodu dalszego krwawienia, obszyto dolną ścianę, a na przednią założono gazę na kilka godzin, krwawienie ustało.

Drugiego dnia wieczorem, z powodu pogarszającego się tętna płodu, narastania obrzęku sromu i niepostępowania porodu założono kleszcze K. sposobem obrotu na główkę w jamie ze szwem ukośnie. Wśród pociągania i skręcania urodzono córkę żywą 3·800 kg. wagi. Tuż za cewką powstała przetoka długości 2½ cm — pęknięcie pochwy i krocza.

Drugi przypadek, roztęp spojenia dotyczył pierwiastki, lat 29, z płaską miednicą I. st. i bardzo obwisłym brzuchem. Na główkę małym odcinkiem we wchodzie założono kleszcze K. Wśród pierwszego pociągnięcia powstał roztęp spojenia. Poród ukończono wymóżdżeniem. Do wywołania roztępu przyczyniło się niewątpliwie niewłaściwe trzymanie nóg.

W jednym przypadku kleszczy wysokich w miednicy prawidłowej również powstała przetoka pęcherzowa, lecz przypadek ten nie obciąża kleszczy K., ponieważ na główce nad wchodem próbowano przedtem kilkakrotnie kleszczy Breussa i Nägelego.

To były wszystkie uszkodzenia powstałe w początkach zakładania u nas kleszczy K.

Poza śladem krwi w moczu przez pierwsze godziny połogu w dwóch przypadkach nigdy innych obrażeń nie widywaliśmy ani na przedniej ścianie szyjki, ani macicy.

Pęknięć szyjki macicy groźniejszych nie było.

Pęknięcia pochwy jak się domyślać można zdarzały się większe i mniejsze.

Odnośnie do krocza to powiem ogólnie:

Czy pęknięcia krocza powstają czy nie, to nie zależy wyłącznie od modelu kleszczy, ale w wielkiej części od techniki operacyjnej i zręczności operatora jak również od własności części miękkich.

Dla porównania dodam, że jeżeli założymy kleszcze K. i Nägelego na główkę we wychodzie, to uderza jedno: Przy kleszczach Nägel. przed głową płodu powstaje większa przestrzeń martwa, podczas, gdy kleszcze K. dzięki swojej budowie, krótszej krzywiźnie główki, przylegają ściślej do czaszki i ową przestrzeń martwą między łyżkami pomniejszają.

Praktycznie wyrazi się w mniejszem napięciu sromu kleszczami K. a co za tem idzie nie tak częstem pękaniu krocza przed wyżynaniem się główki; w użyciu kleszczy jako niskich pamiętać należy o małej krzywiźnie miednicy i nie stwarzać owej trzeciej pozycji Nägelowskiej.

Fink podaje liczbę pękniętych kroczy na 70%, Meumann na 27% — jedni robią nacięcie krocza, drudzy nie.

Na oddziale nie stosujemy ani nacięć w rodzaju Schuchardta, ani krocza. Pęknięcia mieliśmy większe i wcale ich nie było.

Co do dalszych wyników po kleszczach K., to z naszych pacjentek nie zmarła ani jedna. W literaturze śmiertelność podaja na 3%.

Mimo, że niektóre z rodzących przybyły na oddział w kilkadziesiąt godzin po odejściu wód, po próbach operacyjnych i kilkakrotnem badaniu poza zakładem, chorobowość w połogu łącznie z kilkoma zapaleniami wnętrza macicy wątpliwej natury była bardzo niską.

Najdłużej na oddziale pozostawała położnica przez 23 dni.

Zarzutu przeciw kleszczom K., jakoby przyczyniały się one do ułatwienia zakażenia w macicy podczas wprowadzania przedniej łyżki potwierdzić nie możemy.

Co się tyczy śmiertelności płodów po kleszczach to według Winckla dla kleszczy niskich wynosi ona około 10%, a dla wysokich przeciętnie 20%.

Nasza śmiertelność obliczona z płodami wymóżdżonemi wynosi 28%, a bez tych tylko 6%. W rzeczywistości jest niższą, ponieważ na 61 przypadków kleszczy K., 6-ro dzieci urodziło się nieżywo, względnie nie mogliśmy ich docucić, a jedno zmarło w kilka godzin po porodzie — sekcja wykazała wylewy krwawe i rozdarcie namiotu.

Z pomiędzy 6 nieżywo urodzonych płodów w trzech przypadkach nie mogliśmy się dosłuchać tętna przed porodem.

Objawy ucisku mózgu, jak toniczne drgawki, wybroczyny, które wydarzają się po porodach prawidłowych, wystąpiły zaledwo trzy razy nie sprowadzając jednak dalszych złych następstw. Widywaliśmy lekkie ślady ucisku po kleszczach.

Ciężkich obrażeń, jak złamania kości, wgniotów, zmiażdżeń krwiaków, obrażeń oka, które po kleszczach osiowych częściej się zdarzają, nie mieliśmy wcale.

U dwóch noworodków wystąpiło porażenie n. twarzowego, a które mogło powstać przez to, że końce łyżek spoczywały nie na częściach miękkich policzka, lecz uciskały w punkcie wyjścia n. twarzowego z *for. stylomastoideum.*

W dobrem ułożeniu łyżek obrażenia nerwu twarzowego i oka wydarzyć się nie mogą.

Ogólnie co do uszkodzeń dziecka to można powiedzieć, że większa ilość wymienionych obrażeń ma swoją podstawę w wadliwej technice operacji lub w nieuzasadnionem wskazaniu, podczas gdy obrażenia przy użyciu starych modeli są niejako nieuniknioną koniecznością, jako następstwo zakładania łyżek w wymiarze poprzecznym miednicy i zdarzyć się mogą najzręczniejszemu położnikowi. Uszkodzeń pępowiny nie widzieliśmy. Jednej jeszcze zalety kleszczy K. nie mogę pominąć, którąśmy na oddziale stwierdzili mianowicie, że można ich użyć zamiast kranioklastu. Jeżeli n. p. główka jest nad wchodem, a kleszcze dały się założyć to z oszczędnością czasu i energji operatora łatwo jest ustaloną kleszczami główkę przebić nożycami, a następnie wydobyć ją kleszczami K.

Jeżeli liczba naszych przypadków nie jest wielka, to w każdym razie jest wystarczająca, ażeby wyrobić sobie pojęcie o wartości kleszczy K., między niemi bowiem są przypadki tego rodzaju, które dowodzą, że kleszcze te spełniają wszystkie prawie zadania jakie kleszczom wogólności stawiać można, a więc chwytają główkę dwuskroniowo, cechują się małą krzywizną miednicy, nie przeszkadzają fizjologicznemu mechanizmowi porodu i wreszcie pociąganie temi kleszczami wykonuje się w osi miednicy.

Dla główki nad wchodem miednicy prawidłowej wydają się one odpowiedniejsze, aniżeli kleszcze Breussa, Nägelego, Tarniera, ponieważ pociąganie wymaga mniej siły, a cała operacja przebiega łatwiej, aniżeliby można przewidywać. W miednicy płaskiej i ogólnie ścieśnionej kleszcze K. jeżeli inne warunki są spełnione, oddają dobre usługi.

Jeżeli o miednicy nieprawidłowej wspominam, to nie w tym celu, ażeby owe utarte wskazania na miednicę płaską rozszerzyć, lecz na podstawie naszego doświadczenia muszę tutaj zaznaczyć, że w niektórych przypadkach, próbując kleszczy K. mogliśmy urodzić płód żywy w miednicach, w których inaczej życie dziecka trzeba było poświęcić.

Na główce w jamie, w niskiem poprzecznem spełniają te kleszcze swoje zadanie bez zarzutu, a nawet w miednicach ze spojeniem łonowem o łukach mało rozwartych, na główce we wychodzie.

Mieliśmy kilka przypadków, gdzie kleszcze K. zadania według nas nie spełniły.

Lecz tutaj przyczyna mogła istnieć w przekroczeniu wskazania, w złej ocenie główki lub kształtu miednicy, wszak operatorów było wielu o różnej skali wyrobienia i doświadczenia.

I jasno trzeba sobie zdać sprawę, że jeżeli żadne zestawienie statystyczne nie podaje prawdy, to statystyka tycząca się operacji kleszczowych jest najdalej od tej prawdy oddaloną, gdyż pod

stawowe wartości podobnego zestawienia, a więc w sposób indywidualnego ujęcia przypadku, osoba operatora i jego technika nie są jednolite.

A teraz pytanie, czy oddać te kleszcze w ręce praktyka?

Przed odpowiedzią na to pytanie należałoby rozstrzygnąć pytanie, czy kleszcze wysokie wogóle należą do zakresu zabiegów lekarza praktyka?

Otóż nie da się zaprzeczyć, że jest wielu lekarzy praktyków, którzy posiadają wielkie doświadczenie i dobrą technikę i z korzyścią kleszczami K. mogą się posługiwać, wychodząc, z założenia, że kleszcze K. są ulepszeniem i wydelikaceniem zabiegów kleszczowych. Jeśli lekarz nie pewnym jest rozpoznania i nie włada pewnie techniką, niechaj zakłada kleszcze K. tylko wtedy, kiedy główka znajduje się w jamie i w niskiem poprzecznem ułożeniu.

Należy zatem stwierdzić, że o ile pomysłowy przyrząd Christiana Kiellanda wstrząsnął do pewnego stopnia tak skonsolidowanym przez 2 wieki zabiegiem, jakim jest operacja kleszczowa, to po części słusznie, gdyż doświadczenie wykazało, że przyrząd jest w położnictwie postępem. Czy w użyciu kleszczy wogóle bardziej rozstrzyga kierunek osiowy działania narzędzia, czy ujęcie główki i zniesienie krzywizny miednicy, to dalsze próby mogą rozstrzygnąć. Tem nie mniej tu jak przed każdym zabiegiem w położnictwie należy mieć w pamięci starą zasadę, że więcej odpowiedzialną i większą, ale za to dla matki i dziecka korzystniejszą sztuką jest umiejętne oczekiwanie, aniżeli zbędne postępowanie czynne.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Prof. Dr. T. Browicz nadsyła następującą notatkę słownikową:

„Adventitielle Zelle“ — komórka przynaczyńna, zewnętrzniówka (zewnętrzniówka, środkówka, wnętrzniówka, adventitia, media, intima).

„Agranulocytosis“ — białokrwinkowość nieziarnista.

„Colitis“ — okrężniczyca (t. j. wadliwość, zmiana okrężnicy ogólnie pojęta, tak jak nerwica. (Przymiotnik dodawany określa jakość zmiany, n. p. zapalna, włóknista, błonnicza) zmiana zwana dotąd zapalenie okrężnicy z przyczyny przyrostka „itis“.

„Desquamat“ — złuszczyna (jak plwocina, wydzielina).

„End-und-zuvereinigung“ — zespolenie przekrojów.

„Granulocytosis“ — białokrwinkowość ziarnista.

„Incret“ — wkrewnik, wydzielina dokrewna.

„Säuglingheim“ — żłóbek, ochronka niemowlęca.

„Saprophyticus“ — pasorzytny.

„Transmineralisatio“ — przemineralizowanie.

„Uricolysis“ — odmoczanowanie.

Sprostowanie pomyłek druku, jakie zaszły w numerze 28—29-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronicach 535 i 536 w dziale: „Poradnik językowy“ artykule Prof. Browicza p. t.: „O słownictwie lekarskiem“.

Na stronie 535. szpalta 2-ga, wiersz 1-szy z dołu zamiast „ziarnik“ ma być „ziarniak“.

Na stronie 536, szpalta 1-sza, wiersz 16 od dołu zamiast „odmineralizować“ ma być „odtelefonować, odtelegrafować“.

Na stronicy 536, szpalta 1-sza, wiersz 30 od dołu ma być wypuszczone słowo „mało“.

Na stronicy 536, szpalta 1-sza, wiersz 42 od dołu zamiast „prętek“ ma być „prątek“.

OCENY.

Płk. Dr. L. Zembrzuski — Dyrektor nauk oficerskiej Szkoły Sanitarnej w Warszawie: *„Złota Księga Korpusu Sanitarnego Polskiego. 1797—1918“.* Warszawa r. 1927, str. 196.

Do źródłowych dzieł historji medycyny, na których najchętniej opierają się niemal wszyscy — w dziale tym naukowo pracujący, a któremi w piśmiennictwie naszem są prace: S. Kośmińskiego „Słownik lekarzów polskich“ oraz F. Giedroyc'ia „Źródła biograficzno- bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce“ przybywa obszerniejsza książka pułk. Zembrzuskiego, malująca w chronologicznym porządku obraz wiekowej martyrologji lekarzy medyków i farmaceutów polskich. Owe szeregi zasilał liczny zastęp obywateli cudzoziemskich, porwanych do wspólnego wysiłku ducha szczytnem hasłem braterstwa broni bądź ideą powstańczych sztandarów: „za waszą i naszą wolność“. W wymownych a treściwych rzutach szkicuje autor przedewszystkiem dobę Epoki Napoleońskiej (1797—1806) kreśląc w barwnych zarysach tło historyczne powstania legjonów polskich na ziemi włoskiej pod dowództwem generała H. Dąbrowskiego. Potem dopiero następuje w porządku alfabetycznym spis działaczy sanitarnych wraz z podaniem ich krótkich charakterystyk. W podobny sposób kostruuje autor dalsze rozdziały, mianowicie Powstanie listopadowe (wojna polsko-rosyjska 1830—31), III rozdział Spiski i ruchy rewolucyjne po powstaniu listopadowem i w latach 1846—1848, IV — Powstanie 1863—64 r., V — Legjony i inne formacje ochotnicze polskie 1914—18 r.

Dzieło Zembrzuskiego, poświęcone uczestnikom IV Zjazdu Międzynarodowego Medycyny i Farmacji Wojskowej, który odbył się w Warszawie 30 maja do 4 czerwca 1927 r. posiada wskutek tego dwa równobrzmiące teksty w języku polskim i francuskim. Stosując się do ducha i stylu języka francuskiego wyłuszcza autor w języku tym treść swej pracy nadzwyczaj zwięźle i udatnie. Omawiana książka, mająca na celu podniesienie imienia polskiego zagranicą, dorzuci niewątpliwie swój laur do wieńca narodowej chwały, udowadniając nadto światu, że nauka historji medycyny znajduje również i u nas w troskliwej pielęgnacji swój mocny wyraz. Techniczna strona omawianego wydawnictwa, nadzwyczaj wytworna forma zewnętrzna, podniecająca mile zmysł estetyczny i doskonałe wykończenie zwłaszcza licznych portretów medycznych działaczy wojskowych zadowoli z pewnością pod każdym względem nawet najbardziej wybrednych gości zagranicznych. Spokojnie mogę stwierdzić, iż nie znam ładniejszego wydawnictwa medyczno - historycznego, mogącego konkurować z książką pułk. Zembrzuskiego. Podjęcie się pracy tego rodzaju nie należy do rzeczy łatwych, a to z powodu częstego braku dokumentów archiwalnych, zagubionych, bądź zniszczonych, bądź też nie zwróconych dotychczas przez zaborców. Praca autora ugruntowana jest przeważnie na źródłach archiwalnych, które nie zawsze dla wszystkich pracowników są dostępne w jednakowym stopniu. Z dokumentów ogłoszonych drukiem autor pominął milczeniem w swojej rejestracji wybitnego działacza-lekarza płk. Strusia, którego prawdziwe nazwisko brzmiało dr. Stella Sawicki, b. inspektora we Lwowie. Lekarz ten pozostawił po sobie liczne pamiątki. Do obowiązków krytyka należałoby wreszcie zwrócić uwagę, że w końcu książki nie dołączono imiennego skorowidzu nazwisk, który w znacznym stopniu ułatwiłby wyszukiwanie osób, chwilowo nas interesujących, tem więcej, że w każdym rozdziale oddzielnie są ułożone spisy nazwisk w porządku alfabetycznym.

Ostatnie dzieło płk. Zembrzuskiego, którego nazwisko zostało wysunięte przez prof. A. Wrzoska na czoło młodszego pokolenia polskich historyków medycyny przynosi chlubę nie tylko naszej nauce, ale posiada jeszcze ważniejsze znaczenie, gdyż zapoznaje szerszą sferę zagraniczną w doskonałem ujęciu francuskim z dziejami martyrologji Polski.

Departamentowi Sanit. Minist. Spr. Wojskowych należy się specjalne uznanie, że podjęło się ono nakładu pracowitego dzieła płk. Zembrzuskiego, które wdzięcznej pamięci potomności przekaże rolę i współpracę medycznych działaczy wojskowych w zamierzeniach, dążnościach i walkach o niepodległość Polski.

W. Janusz, (Lwów-Kulparków).

Prof. G. Herxheimer: *Krankheitslehre der Gegenwart.* Strömungen u. Forschungen in der Pathologie seit 1914 r. Nakładem Theodor'a Steinkopff r. 1927. Dresno i Lipsk, str. 256.

Nakładem „Wissenschaftliche Forschungsberichte“ ukazało się dzieło znanego niemieckiego anatomo-patologa wyżej wzmiankowane w tytule. „Nauka o cierpieniu“ uwzględnia ogólnie prawie całą wiedzę medyczną a nawet często sięga w dziedzinę nauk pokrewnych. Toteż ujęcie w pewną całość najnowszych zdobyczy z anatomji patologicznej ostatniego 12-lecia jest rzeczą niewątpliwie niezmiernie trudną nawet jeśliby uwzględniało się tylko prace streszczane w t. zw. Zentralblattach. W tym przypadku autor musiałby opracować olbrzymie dzieło, wnoszące chaos faktów, w których trudno byłoby dopatrzeć idei przewodniej. Na szczęście autor wybrał inną drogę w swej pracy. Za cel obrał on sobie uzasadnienie ścisłego związku, zachodzącego między zmianami morfologicznemi a zjawiskami czynnościowemi w ustroju. Innemi słowami w badaniach na polu anatomji patologicznej nie widać od dłuższego czasu jakiegoś znaczniejszego przełomu w pojęciach, lecz raczej odbywa się tam bezustanna rozbudowa podstaw patologji komórkowej, założonych jeszcze przez Virchowa. Wychodząc z tej zasady autor wybiera i omawia przeważnie najnowsze kierunki i dążenia patologji, ograniczając się do przytaczania faktów najbardziej ważkich i ciekawych oraz opiera się wyłącznie na wynikach, zawartych w niemieckiem piśmiennictwie doby ostatniej. Rozmiary książki jakoteż polityczne izolowanie Niemiec od reszty Zachodu nie pozwoliły jemu na wszechstronne ujęcie faktów, uwzględnionych w obecem piśmiennictwie.

Rozpoczyna autor dzieło swoje ciekawem filozoficznem rozważaniem nad falującemi i odnawiającemi się wahaniami dążeń naukowych anatomji patologicznej, wyłuszczając w II rozdziale poglądy przeciwników patologji komórkowej oraz tych, którzy w wybitnym stopniu rozszerzyli ramy wspomnianej zasady. Kolejno w odrębnych rozdziałach reasumuje wyniki prac nad zapaleniem, zwyrodnieniami, zakażeniem, nowotworami i zaburzeniami w układzie gruczołów wewnętrznego wydzielania.

Oryginalne ujęcie i wysunięcie ostatecznych wniosków w rozdziałach, wyróżniających szereg zagadnień stanie się zapewne powodem zainteresowania się omawianą książką każdego fachowca, albowiem nie jeden specjalista znajdzie tam jasno wytknięte drogi, wyprowadzające z błędnika niezliczonych prac piśmiennictwa niemieckiego. Końcowy ustęp poświęca autor przeglądowi obecnego stanu nauki patologji, podkreślając z naciskiem niezacierające się dotychczas znaczenie idei Virchowa, wpływającej bezustannie na dalszą rozbudowę patologji komórki i całego ustroju.

W. Janusz, (Lwów-Kulparków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, Rok IV, Nr. 8, z 15 czerwca 1927: R. Hertz: Angina piersiowa (c. d.). — A. Landau i B. Iochweds. O odrębnych przypadkach zapalenia płuc, spostrzeganych w zimie w r. 1925/26. — N. Zandowa: Przypadek zapalenia opon o nieznanej etjologji. — I. Kon: Rola witamin w dietetyce dziecięcej (str. zb.). — S. Rubinrat: W sprawie orzeczeń roentgenologicznych. — I. Birncwajg: Z powodu artykułu Dr. Orzechowskiego: Organizacja sanitarna powiatu Warszawskiego. — K. Orzechowski: Odpowiedź Dr. Birncwajgowi.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 26—27, z 3 lipca 1927: Międzynarodowa wystawa sanitarno-higjeniczna w Warszawie. — Uwagi do projektu farmakopei polskiej. — W sprawie zanieczyszczenia żelazem preparatów glinowych, określania alkaloidów w liściach pokrzyku i lulku. — Sprawy zawodowe.

Przyroda i technika, Rok VI, zeszyt 6, za czerwiec 1927: M. Skowroński: Radjo w świetle zagadnień bezpieczeństwa i higjeny. — A. Kożdoń: Trwałość wszechświata w świetle nowszych poglądów na istotę materji.

Wychowanie fizyczne, Rocznik VIII, zeszyt 7—8 za lipiec i sierpień 1927: F. Drabczyk: Wychowanie fizyczne w świetle absolutnej filozofji Hoena-Wrońskiego. — W. Dybowski: Doświadczenia oddechowe w czasie chodu zwykłego oraz chodu i biegu narciarskiego. — R. Poplewski: Celowość budowy i rozmieszczenia stawów. — Z. Wyrobek: Podjęcie idei Jordanowskiej zadaniem Sekcji w. f. i h. szk. — R. Czyżewski: Metoda gimnastyczna zadaniowa. — R. Sosnowski: Szkolne domy wycieczkowe. — Zabilski: Uwagi o sporcie składakowym.

Nowiny społeczno-lekarskie, Rok I, zeszyt 7-8 z 1 lipca 1927: C. Wiecki: Rzut oka na gospodarkę Kas chorych na podstawie danych statystycznych za rok 1925. — I. St.: Stan lekarski a podatek przemysłowy (obrotowy). — I. W.: Z powodu dwu odezw. — R. Krukiewicz: Zły humor „Lekarza Polskiego". — Z życia Związku lekarzy P. P.

Lekarz Kasy chorych, Rok III, Nr. 20, z czerwca 1927: Do ogółu kolegów. — X Międzynarodowa konferencja pracy. — Wolny wybór lekarza (c. d.). — Niemiecki Związek społeczny lekarski. — Z Kasy chorych m. Warszawy. — Z różnych stron kraju.

Pedjatrja Polska, Tom VII, zeszyt 3, za maj i czerwiec 1927: Baumritter: Przyczynek do kliniki moczówki prostej. Mikułowski: Kamica pęcherzowa u dzieci. — Popowski. O mylnych rozpoznaniach gruźlicy w wieku szkolnym. — Piotrowski: W sprawie leczenia płonicy surowicą swoistą. — Hołówkowa: Przypadek choroby Barlowa. — Barański i Kołago: Dwa przypadki meningokokowego zapalenia opon mózgowych.

Opieka nad dzieckiem, Rok V, Nr. 3, za maj i czerwiec 1927: M. Gromski: Podstawy narodowej opieki nad dzieckiem. M. Bogdanowiczówna: Co należy rozumieć pod słowem „Wychowanie w zakładach" (dla dzieci normalnych). — Wanda Szuman: Belgijskie zakłady rodzinne dla sierót. — S. Gutentag: Walka z jaglicą w szkołach powszechnych w Łodzi. — R. Barański: Zadania i obowiązki pielęgniarki na stacji opieki nad matką i dzieckiem. — I. Kowalczyk: O alkoholiźmie wśród dzieci. — I. Kon: Z psychologji dziecięcej. — A. Klęsk: Dziecko ulicy. — A. Węgrowski: Na ile realne?

Kwartalnik kliniczny Szpitala starozakonnych w Warszawie, Tom VI, zeszyt II z kwietnia 1927: M. Koenigstein: O t. zw. nawrotowem zapaleniu wyrostka sutkowego. — M. Hertz: O wpływie insuliny na przebieg ropnych spraw ucha środkowego u diabetyków. — L. Zamenhof: O terapji zastępczej głuchoty nieuleczalnej. — M. Gantz: O t. zw. „początku gruźlicy płuc". — A. Bieleński: O leczeniu gnilnych schorzeń płucnych. — B. Chorążycki: Zachowawczość w oto-chirurgji. — F. Gotfryd: O zapaleniu ropnem opon mózgowych pochodzenia usznego. — P. Mackiewicz: Powikłania krtaniowe w przebiegu grypy 1926/1927. — M. Wygodzki: Przyczynek do spraw zapalnych tkanki okołomigdałowej po tonsillektomji. — Wł. Dworecki: Z kazuistyki zapaleń błędnika. — M. Berłowicz i I. Wladawer: O znaczeniu odczynu dwuazowego Ehrlicha dla przepowiedni w przebiegu gruźlicy płuc. — S. Winer: O pierwotnych złośliwych nowotworach płuc.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (Lehmann) 1927. Zeszyt 7. 1) Sellheim: Zajście w ciążę i jego ułatwienie. — 2) Prof. Traugott: W sprawie leczenia mięśniaków macicy. — 3) i 4) Prof. Lahm: Przegląd publikacyj położniczych i ginekologicznych.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Prakt. lékar. r. VII, č. 1. 1927.

Dr. Vl. Kubelka: *Używanie czosnku przy hipertensji.* Autor na podstawie prac Loepera, Debray'a i Chailley-Bert'a oraz własnych doświadczeń na sercu żabiem i ludzkiem dochodzi do przekonania, że czosnek jest bardzo dobrym lekiem w najrozmaitszych stanach hipertensji i insufficjencji sercowej. Podaje się choremu XX do XXX kropli maceratu z równych części czosnku i alkoholu. Znikają u chorych objawy podmiotowe i przedmiotowe, ciśnienie opada. Większe dawki i dłuższe używanie zmniejszają działanie czosnku. Czosnek wydziela się nerkami i płucami, wątroba niszczy częściowo jego działanie. Działa on bezpośrednio na mięsień sercowy powodując zwiększenie energji uderzeń sercowych. Hipotensję wywołuje działaniem na naczynia. Prócz tego ma czosnek — podług badań Neethera — działanie bakterjobójcze oraz zwiększa sekrecję i peristaltykę przewodu pokarmowego. Z badań klinicznych autora wynika, że czosnek *(allium sativum)* działa najlepiej w kombinacji z *viscum album,* valeriana i papaveryną.

Dr. I. Janecko: *Głóg jako lek.* Skarbiec leków nasercowych poczyna w ostatnich czasach wzrastać. Liczne obserwacje i dokładne badania zmuszają lekarzy do zwrócenia bacznej uwagi na niektóre dobrze działające rośliny. I tak w lecznictwie kardiologicznem zwł. we Francji poleca się głóg — *crataegus oxyacantha* — jako *cardiotonicum* i *sedativum sercowe.* Używa się kwiatu, liści i przeważnie łodygi głogu. Aktywną substancją jest crategin t. j. glukozyd, rozpuszczający się we wodzie i alkoholu, krystaliczny, nietrujący. Zalecają jego używanie Huchard i Rénon. Indykacje: hipertensja wskutek skurczu naczyń, *pseudo angina pectoris,* zaburzenia rytmu sercowego na tle funkcjonalnem, *vitium aortae.* Dawkowanie: jako *tinctura* 1:5 po 10 aż 15 kropel na dzień lub *infusum* 2.5:250,0. Firma Hausmann w St. Galler (Szwajcarja) wyrabia ekstrakt głogu pod nazwą *eurythen,* który wypróbował z doskonałym skutkiem u 15 chorych zwł. z funkcjonalnemi zaburzeniami sercowemi.

Dr. Václ. Skalák: *Leczenie Gamelanem w połączeniu z terapją wapniową dożylną przy gruźlicy płuc.* Autor poleca leczenie gamelanem i to w kombinacji z *calcium chloratum* dożylnie przy procesach *phtisis fibrocaseosa.* Osiąga się polepszenia podmiotowego i umiarkowanego postępowania procesu. W przypadkach mniej zaawansowanych działa ta terapja uryclılająco na proces zbliznowacenia. Aplikacja gamelonu jest dwojaka: 1) wcieranie pastylek podobnie jak szarej maści, 2) wśródmięśniowo lub podskórnie w postaci olejku zagrzanego przed wstrzyknięciem do ciepłoty ciała. Wcierki odbywają się co drugi dzień a jedna kolejka trwa 6 tygodni. Po każdych 6 wcierkach dokładna kąpiel. Wyniki tej terapji są bardzo zadowalające, jak wykazuje statystyka autora.

Prakt. lékar. r. VII, l. 2. 1927.

Dr. Frant. B o u z, lekarz kąpielowy w Podjebradzie: *Jontofereza.* Po krótkiem wytłumaczeniu zasady jontoferezy autor daje wskazówki tyczące się techniki jej a mianowicie: elektrody należy pokrywać 6-krotną warstwą gazy hydrofilnej maczanej w roztworze, którego mamy zamiar użyć. Ciała elektrododatnie (metale, alkaloidy) działają od anody a elektroujemne od katody. Roztwory powinne być słabe (1—2%), aby uniknąć silnego drażnienia tkanek i oszczędzać leków. Wskazania dla jontoferezy:

1. neuralgje. ischias — roztwory salicylowe, kefalalgja i neuralgia *n. trigemini* — roztwory bromu,
2. myalgje: sole lithiowe, salicylowe i jodowe,
3. *arthritides chronicae exudativae* — jak przy 2.
4. stany po *thrombophlebitis:* jod.

W ostatnim czasie autor wyleczył jontoforezą szereg przypadków *perniones* i *paraesthesyj* miażdżycowych, które opierały się długi czas leczeniu wewnętrznemu i zewnętrznemu.

Dr. Václav S i r o v y, lekarz kier. „osady dziecięcej w Cesenaliem u Rimini: *O leczeniu klimatem morskim zwłaszcza u dzieci.* Klimat morski jest u pewnych głównie konstytucjonalnych chorób jakteż przy ich profilaktyce najbardziej celowym. Działanie lecznicze w klimacie morskim następuje o wiele rychlej, tak więc rzekoma kosztowność tego leczenia jest tylko błędem ze strony tych, którzy tak myślą. Przy wyborze miejsca na pobyt klimatyczny należy wybierać stacje o dobrych warunkach higjenicznych, o obszernych plażach piaskowych i t. d. Nadają się do leczenia w tym klimacie następujące choroby: skrofuloza, nieżyt oskrzeli zwłaszcza chroniczny i podostry po kokluszu, zapalenie stawów pochodzenia gruźliczego *(coxitis, spina ventosa),* rany pooperacyjne lub chorobowe nie gojące się dłuższy czas. Przeciwwskazania leczenia klimatem morskim stanowią: gruźlice płuc zaawansowane ze skłonnościami do krwiaplucia, wady sercowe.

Prak. lékar. r. VII. l. 12. 1927.

Dr. Jan C e r v e n k a: *Nowe antidiabeticum glukhorment, jego praktyczne i teoretyczne znaczenie.* Niedawno Noorden wprowadził do terapji diabetes nowe antidiabeticum pod nazwą glukhormentu. Nad jego znaczeniem zastanawia się autor ze stanowiska praktycznego i teoretycznego. Praktycznie można stwierdzić, że pierwszą jego wygodą w stosowaniu jest aplikacja *per os,* czem się różni od insuliny a zgadza z synthaliną. Po drugie glukohorment działa na przemianę węglowodanów o wiele wolniej, niż insulina, a to dopiero po 2—4 dniach. A zatem wskazania do użycia glukhormentu są raczej podobne do synthaliny, niż do insuliny. Po kilkodniowej aplikacji glukhormentu można zaprzestać na jakiś czas podawanie jego a działanie jeszcze trwa. Od synthaliny różni się glukhorment praktycznie tem, że nie daje żadnych nieprzyjemnych ubocznych działań, a tem samem może być podawany ciągle. Glukhorment stworzył chemik Richard Meissner z tkanki trzustkowej w ten sposób, że trzustkę poddał procesowi fermentacyjnemu bez dodania jakichkolwiek ciał organicznych. Meissner wprawdzie jeszcze nie podał dokładnego przebiegu procesów chemicznych ale podkreślił, że fermentacja kwaśna została ominięta. Fermentacja trwała tak długo, aż się ukazała glykocyamina a wtedy masę osuszył i z tego wyrobił glukhorment. Dawkowanie preparatu podług Noordena: Mimo iż działanie glukhormentu nastaje bardzo powoli i nie należy się obawiać gwałtownej glykaemii, należy podawać 10 min. po jedzeniu tabletkę zawierającą 0,3 g pierwotnej masy. Dziennie zależnie od indywidualności przypadku 2 do 5 dawek. Terapja glukhormentowa nie może się obejść bez należytego uregulowania diety. Największe szanse ma ona w cukrzycy lekkiej, u której nie trzeba było sięgnąć do insuliny. Z dosyć dobrym wynikiem można ją stosować u tych cukrzycowych, którzy mają już większy brak insuliny endogenicznej (górną granicę tworzą chorzy, którzy przy obciążeniu 100—120 gr. chleba potrzebują 20—25 jedn. insuliny). W ciężkich przypadkach można przy kombinowanej terapji insuliny z glukhorm. uzyskać mniejszą potrzebę insuliny, ale zupełnie nie da się ona glukohormentem zastąpić. Przypadki *praecoma* i *coma* nie można wogóle glukohormentem leczyć, bo tu chodzi o rychłą pomoc dla organizmu. Ze stanowiska teoretycznego jest ciekawa geneza powstania glukohormentu. Meissner, godząc się na koncepcję dawną Noordena, że insulina działa w organiźmie na przemianę węglowodanową za pomocą jakiegoś ciała hipotetycznego, postanowił tej substancji szukać w tkankach organizmu i znalazłszy ją nazwał glukohormentem. Meissner przyrzeka wkrótce podać sposób i metody uzyskania jej, ale to jest pewne, że glukohorment sam insuliny nie zawiera, bo znając już tylko szkic metod pracy Meissnera, możemy się domyślać, że insulina w glukohormencie nie może być zawarta. Glukohorment zatem urabia tylko drogę insulinie w jej działaniu na przemianę węglowodanową. Tak więc moglibyśmy sobie teraz tłumaczyć to ciemne dotychczas zjawisko, dlaczego ta sama dawka insuliny u różnych diabetyków daje różny spadek poziomu glykaemicznego. U każdego bowiem diabetyka jest różna ilość glukohormentu endogenicznego. Taki pogląd pozwala nam też zrozumieć, dlaczego choć w nielicznych przypadkach t. zw. pluriglandularnej cukrzycy insulina wogóle nie działa.

Cand. med. Karol P o l a c e k, Zakład medycyny sądowej w Bernie. *Śmierć po podaniu folia Stramonii.* Autor opisuje przypadek otrucia po zaordynowaniu przez lekarza następującej recepty. *Rp. Folia Stramonii 50,0.* D. S. Zaparzyć herbatkę. Ne repetatur! Choremu, której nie był poinformowany, ile trzeba tych liści, ugotowano herbatę z 29 g, toteż wnet po wypiciu wystąpiły objawy zatrucia zupełnie takie same jak atropiną. Pomimo rychłej pomocy lekarskiej w domu i natychmiastowego przewiezienia do szpitala, chory zmarł.

Dr. Gangel.

Piśmiennictwo angielskie.

Lancet.

Nr. 5350. 13 marca 1926, ważniejsze rozprawy.

Prof. W. W. C. T o p l e y: *O epidemjologji doświadczalnej.*

Prof. B a i r B e l l, W o l f e n d e n, W i l l i a m s, C u n n i g h a m, H e r d i A d a m i: *Rozprawa o leczeniu złośliwych nowotworów ołowiem.*

Prof. J. B a r c r o f t: *Czynności śledziony.*

Prof. K h a l i l: *Własności trujące czterochlorku węgla (Carbon Tetrachloride) w leczeniu Ankylostomiasis.*

A r t u r E d m u n d s: *Operacyjne leczenie karbunkulu.*

K r ó l. S t o w. l e k a r s k i e: *Połączone sekcje chirurgji, medycyny, elektroterapji i terapeutyki. Leczenie wóla z wytrzeszczem (ch. Basedowa). — Leczenie jodem.*

B l a i r B e l l, W o l f e n d e n, W i l l i a m s, C u n n i g h a m, H e r d, A d a m i: *Leczenie złośliwych nowotworów ołowiem.* W bardzo obszernej pracy przedkładają autorowie wyniki swych mozolnych a sumiennych badań na 200 przypadkach — przeważnie beznadziejnych co do rokowania. — Zastrzegają się, że w ogóle nie mówią o uleczalności raka, lecz przedkładają jedynie fakty. Rozpoczęli próby w r. 1920 u chorej z rakiem sutka, stosując dożylnie ołów — był to „opatrznościwy" przypadek zachęcający do dalszych prób. Nie ukrywając niebezpieczeństwa metody tej, ostrzegają autorowie, że sprawa jeszcze wymaga dalszych badań, i że postać koloidowa ołowiu do zastrzyków dożylnych, ulec może modyfikacjom, lub że nawet znajdzie się może przetwór inny, działający w tym samym kierunku co ołów na złośliwe nowotwory, mniej trujący na resztę tkanin ustroju. Przedstawiwszy organizację współpracy omawiają autorowie wskazania i przeciwwskazania — zwłaszcza, że posyłano im chorych „w złudnej nadziei, że czasy cudów jeszcze nie minęły".

Po różnych laboratoryjnych próbach połączeń ołowiu, uznali Prof. W. C. Med. Lewis, Corran i Jowett, że najlepiej nadaje się elektryczna (20 amp. pod. 70 Volt.) zawiesina metalicznego ołowiu w wodzie z żelatyną (0'4%) i chlorku wapnia, *(Calcium chloride)* 0'027% podług metody iskrowej B r e d i g'a, ostateczny produkt po odwirowaniu, daje cząstki wielkości około 0'2 μ i do których, celem uzyskania przetworu hipertonicznego, dodaje się 2% chlorku sodu. chlorku potasu 0'05% i chlorku wapnia 0'027%. Wyjaławianie odbywa się przez gotowanie. — Szczegóły metody ogłosili autorowie jeszcze przed 2 latami. Powyższy preparat nosi nazwę S_7. chorzy z wielkiemi nowotworami *caeteris paribus* — są mniej narażeni na szkodliwe działanie ołowiu niż chorzy z nowotworami małymi w stosunku do wagi ciała. Badane guzy chorych u których stosowano większe dawki — zawierały ołów. — 0'27 g ołowiu wprowadzonych w ciągu 18 miesięcy wytwarzały objawy toksyczne kumulatywne; stosując „masywne" dawki — można wprowadzić około 0'6 ołowiu (podzielonych na 6—7 dawek) w ciągu 4 miesięcy bez wywołania groźnych następstw. Zasadniczo stosują obecnie autorowie z reguły około 4 zastrzyki po 10—20 ccm S_7. w odstępach około 6 tygodniowych — dawki zależą od miejscowych i ogólnych objawów. Przy zastrzykach używają szklanej wkładki („interceptor") pomiędzy igłą a wypustką strzykawki — dla stwierdzenia obecności krwi. Przedstawiwszy przypadki, podług wieku, płci, usadowienia się nowotworów podają również zestawienie co do wyników wzgl. dalszych losów chorych leczonych. Na 227 chorych mają 10 przypadków w których schorzenie zostało „całkowicie wstrzymane" a 31 których uważają za wyleczonych i u których zaprzestano leczenia. Co do grupy pierwszej podają autorowie, że ogólny stan, wzrost ciężaru ciała, brak dolegliwości i stanowczy brak dalszego wzrostu nowotworów — dawał się stwierdzić.

Co do grupy drugiej przyznają autorowie, że trudno zdefiniować „wyleczenie raka" jeżeli się wie, że przerzuty zdarzają

się i po latach; okres pięcioletni „zdrowia" nie jest wystarczający. Szczegółowe historje chorób istotnie korzystny dają obraz.

Dr. Adami jako członek wykonawczego komitetu liwerpulskiego komitetu badania raka z r. 1923 wypowiada — na podstawie dokładnego badania 30 chorych leczonych ołowiem — swoje poglądy w następujących uwagach:

1. Stwierdził wygląd zdrowy, prawie kwitnący u większości leczonych, brak wszelkiej chéry, brak objawów niedokrwności ołowiowej;

2. Brak jakichkolwiek objawów otrucia ołowiem; jeden chory uskarżał się na „zaciemnienie" wzroku.

3. Wzrost wagi u większości, powrót do zwykłych zajęć i widoczna poprawa ogólnego stanu;

4. Brak nawrotów; autor spodziewał się i przytem leczeniu tak jak przy stosowaniu roentgena i radu — znacznego odsetku nawrotów w ciągu roku — ani śladu tego. Zasadnicze pytanie opiewa: jaka dawka niszczy na pewno komórki rakowe — nie uszkadzając silnych tkanek.

Adami wątpi czy któryś z lekarzy widział kiedy w 3 dniach 30 przypadków złośliwych nowotworów (nawrotów lub nie nadających się do operacji), któreby tak doskonale wyglądali — a przypadki te miały 60—70% śmiertelności.

Wnioski autorów opiewają:

1. Wyniki potwierdzają dawniej ogłoszone poglądy autorów co do przyrody nowotworów złośliwych;

2. Należy szukać za innym — równie skutecznym — lecz mniej toksycznym — przetworem ołowiu;

3. Prawdopodobnie wszystkie typy nowotworów są dostępne skutecznemu działaniu ołowiu — pod warunkiem, że metal dosięgnie komórki nowotworowe w dostatecznej ilości;

4. Pomocnicze zabiegi chirurgiczne i radjologiczne mogą być czasem korzystne. Po usunięciu nowotworów częściowo lub w całości należy stosować jeżeli tylko możliwe, zastrzyki dożylne ołowiu;

5. Metoda jest trudna — i w pewnym zakresie niebezpieczna — i może być zastosowaną tylko przez doświadczonych lekarzy, którzy mają odpowiednie laboratorja.

Pisek (Lwów).

Piśmiennictwo esperanckie.

Internatia Medicina Revuo.

1927, Nr. 4.

Hugh Nicol: *Najprostszy sposób seroreakcji kiłowej dra Muraty.* W Japonji wychodzi szereg monografij lekarskich w języku Esperanto. Dr. Murata ogłosił swą metodę tylko po japońsku i po esperancku. Dr. Hugh wypróbował tę reakcję w 200 przypadkach, wymaga ona tylko jednego odczynnika, jest szybka, bezpośrednia i czulsza niż RW. W przypadku, gdzie miano doraźnie rozstrzygnąć, czy zachodzi kiłak czy nowotwór mózgu i czy trzeba natychmiast operować, reakcja Muraty już w 2 godziny po wzięciu krwi dała wynik ++ tem samem zaniechano operacji. RW potwierdziła ten wynik po 2 dniach. W przypadkach wielokrotnego stwardnienia rozsianego RW wypadała nieraz dodatnio bez podstawy kiłowej, reakcja Muraty zaś dawała zawsze pewny rezultat ujemny.

F. Calot (Berck sur Mer). *Co każdy lekarz powinien wiedzieć o wznowieniu patologji stawu biodrowego dzięki pracom po wojennym.* Długotrwałe i mozolne badania kliniczne, anatomo-patologiczne i radjograficzne ostatnich ośmiu lat wywołały radykalną zmianę, sprawdzenie i ustalenie oraz zupełną reformę uznanych dotychczas za klasyczne pojęć o patologji biodra tak wewnętrznej jak chirurgicznej, dla każdego okresu życia. Przedewszystkiem wrodzone nadwichnięcie biodra *(subluxatio coxae)* jest cierpieniem bardzo częstem, zdarzającem się dziesięć razy częściej niż wrodzone zwichnięcie u dzieci i zapalenia biodrowe u dorosłych. Polega ono na zwykłym rozstępie *(diastasis)* pomiędzy główką udową i panewką biodrową o 2—20 mm; w cierpieniu tem nigdy jednak główka nie opuszcza panewki jak w zwichnięciu. Rozpowszechniony ten stan rzeczy poznano dopiero w ostatnich latach powojennych. Więcej niż połowa bolesnych zapaleń biodra u dorosłych dotyczy również nie rozpoznanych nadwichnięć tego stawu.

Wrodzone nadwichnięcie biodra zostaje jednak utajone przez 5, 20 i 60 lat nie powodując ani bólów, ani utykania, dopóki natężenia, upadek, ciąża albo inne choroby przez osłabienie mięśni biodrowych tej wady nie odsłonią. Głównym objawem cierpienia może być wówczas tylko ból, i to nieraz tak gwałtowny, że rozpaznaje się ostry gościec lub rzeżączkowe zapalenie, a nikt nie myśli o tej wadzie wrodzonej. Prawie wszystkie przypadki *morbus coxae senilis* i przeważna część bolesnych cierpień biodrowych mają swe źródło we wrodzonem nadwichnięciu biodrowem. U dzieci zaś rozpoznane dotychczas *morbus coxae infantilis aut juvenilis, osteochondritis* i *coxa plana* nie są niczem innem jak tylko początkiem objawów klinicznych nadwichnięcia biodrowego. Także trzy czwarte przypadków rozpoznanej gruźlicy główki udowej są niczem innem jak nierozpoznanem nadwichnięciem, to samo dotyczy połowy przypadków tak zwanego biodra szpotawego *(coxa vara).* Nawet nieliczne złamania szyjki udowej są tylko wrodzonem nadwichnięciem, które z powodu urazu staje się bolesnem. Najgłówniejszą cechą anatomo-patologiczną i radjologiczną w wrodzonem nadwichnięciu biodrowem jest panewka o podwójnem wgłobieniu, którą też Duvernay i Nové-Josserand nazwali „cotyle de duble fonde de Calot". C. d. n.

L. Dobrowolski (Zakopane). *Wartość lecznicza radium w wysiękach opłucnowych.* Autor wstrzykiwał preparaty krakowskiego laboratorjum „Rad" po 0·002 mg; co 3—4 dni 4—10 razy bądź podskórnie bądź rzadziej wprost do jamy opłucnowej zajętej wysiękiem. Zwykle wystarczyło 5 podskórnych injekcyj. Pierwsza grupa objęła 5 przypadków świeżych wysięków, druga 4 przypadki z długotrwałemi wysiękami. W pierwszej grupie wysięk został rychło zresorbowany w 4 przypadkach i tylko raz leczenie było bezskuteczne. W chronicznych wysiękach tylko raz wysięk znikł, w trzech natomiast przypadkach leczenie nie odniosło skutku. Ten sposób leczenia wysięków jest dalej kontynuowany.

J. W. Berszacki (Batum). *Nowy sposób operacji zeza za pomocą tenotomii mięśni przeciwniczych (antagonistów).*

Tomosaburo Ogata (Tokio). *Problem teorji awitaminoz w ludzkiej beri-beri.* W instytutach fizjologicznych i patologicznych wszechnic japońskich liczni autorowie zajmują się badaniami nad etjologją, patologją i istotą beri-beri. Autor niniejszej pracy dochodzi do końcowego wniosku, że istota schorzenia z powodu braku witaminy B polega na braku życianu B w ustroju, ponieważ schorzenie występuje jedynie wówczas, jeśli ilość życianu B w ustroju wykazuje pewne jego zmniejszenie. Natomiast w ludzkiej beri-beri widzi dr. Ogata schorzenie systemu nerwowego i wraz z swoimi współpracownikami Kawakita, Suzuki i Kagosima mógł stwierdzić, że ilość życianu B zawarta w wnętrznościach zmarłych na beri-beri nie różni się wcale od ilości zawartej w zmarłych na inne choroby. Zatem teorja życianowa dla beri-beri musi upaść, jakkolwiek istota jej u ludzi pomimo bardzo mozolnych badań w ostatnich latach nie jest definitywnie wyjaśniona.

Toogu Iojosatu (Tokio). *Przypadek rozległej słoniowaciny* (z ilustracjami). Chroniczny twardy obrzęk lewej kończyny dolnej, której obwód wynosił 100 cm, prawej 33 cm. W krwi nie znaleziono gąsienicy nitkowca *(filaria).* W przeciągu $1^1/_2$ miesiąca wykonano trzykrotne wycięcia skóry i tkanki podskórnej z przejściowym dobrym wynikiem. Po dwóch miesiącach obrzęki zaczęły na nowo wracać.

Dr. I. Fels (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

I-szy Ogólny Zjazd Lekarzy Słowiańskich 26—29 maja 1927 r.

Sprawozdanie II.

Temat I. Twardziel (Scleroma) na Ziemiach Słowiańskich.

Czwartek, dnia 26 maja 1927 r.

Przewodniczą: Prof. Dr. Kurvirt, Doc. Dr. Sercer, Prof. Dr. Belinow, Prof. Dr. Redlich.

Sekretarz posiedzenia: Z. Siennicki.

Posiedzenie rozpoczęto 3 m. 45 po południu.

Doc. Sikl Herman (Praga), przedstawia mnóstwo preparatów mikroskopowych, rzucanych za pomocą aparatu projekcyjnego na ekran. W swojem przemówieniu doc. Sikl podkreśla, że twardziel jest procesem chorobowym miejscowym i jako taki nie doprowadza do zejścia śmiertelnego, a śmierć następuje bądź od uduszenia, bądź też przyczyną śmierci jest jakieś cierpienie przypadkowe. Twardziel posiada wszystkie cechy, które charakteryzują tkankę ziarninową zapalną o charakterze przewlekłym. Zajmuje ona powierzchowne warstwy błony śluzowej, skóry i pod nabłonkiem. Nabłonek podlega rozrostowi, walcowaty nabłonek dróg oddechowych podlega przekształceniu, to znowu zachowuje się biernie, martwieje i schodzi całemi płatami. Tkanka ziarninowa zostaje obnażoną i łatwo podlega zakażeniu. W tkance ziarninowej spotyka się nowoutworzone naczynia włoskowate o szerokiem świetle i ze stwardniałym śródbłonkiem. Proces postępuje bardzo pomału. W starszych tkankach naczyń przybywa, ziarnina organizuje się. W świeżych naciekach między naczyniami włoskowatemi widać włókienka klejodajne, fibroblasty i komórki tuczne (Mastzellen) oprócz tego spotyka się komórki 3 typów:

1. białe ciałka wielojądrzaste;

2. komórki plazmatyczne;
3. komórki Mikulicza
w świeżych naciekach, jak twierdzi Schridde białych ciałek niema a występują one na skutek zakażenia.

2. Komórki plazmatyczne znajdują się głównie około cew, rozrzucone są one po całej tkance ziarninowej. Wyróżniają się one swoim typowym kształtem i barwieniem, są zasadowochłonne, metachromatyczne t. zw. Plasmamastzellen. W komórkach tych spotyka się kulki hyalinowe ciałka Russela, które komórki pochłaniają. Kulki hyalinowe nagromadzają się w komórkach i powodują pękanie komórek.

3. Specyficznym elementem są komórki Mikulicza. Twory dość dużych rozmiarów z małą zarodzią, położoną ośrodkowo, w woszczynie liczne wodniczki. Czasami wodniczki tak są liczne, że odsuwają zaródź ku obwodowi komórki. W niektórych komórkach można stwierdzić obecność pałeczek Frischa (1882). Oprócz tego w komórkach Mikulicza spotyka się barwniki żelaza, cząstki chromatyny lub całe fagocyty, co wskazuje na własności makrofagów komórek Mikulicza. Schridde przypuszcza, że komórki Mikulicza powstają wskutek zmian wstecznych w komórkach plazmatycznych pod wpływem pałeczek Frischa, które dostały się do wnętrza komórki. Mówca stoi na stanowisku odrębnego pochodzenia komórek Mikulicza, są to zmienione hystiocyty, ponieważ nie można stwierdzić postaci przejściowych od komórek plazmatycznych do komórek Mikulicza. O ile proces postępuje, komórki Mikulicza zanikają, wzrastają natomiast naczynia, powierzchnia odpada i tworzy się owrzodzenie, proces pomału zajmuje tkankę w sąsiedztwie.

II. Doc. Dr. G ą s i o r o w s k i omawia własności prątków Frischa pod względem biologicznym, serologicznym, epidemjologicznym. Prątki Frischa posiadają patogenetyczne znaczenie.

Prątki te jak F r i e d l ä n d e r a, A b e l-L ö w e n b e r g a i P f e i f f e r a nie różnią się morfologicznie od siebie, nie poruszają się, nie wytwarzają zarodników i nie barwią się metodą Grama. Wszystkie one należą do średnio odpornych, w tkankach i wydzielinach ustroju posiadają charakterystyczną otoczkę, przyczem odznaczają się niezwykłą łatwością przystosowania się do wszystkich niemal pożywek tworząc bujne hodowle śluzowe.

Cała grupa Friedländera jest nieustaloną, chwiejną, a szczepy tego samego typu mogą zachowywać się odmiennie, zwłaszcza na pożywkach węglowodanowych. Podobnie co do różniczkowej wartości odczynów serologicznych w tej grupie, dotychczasowe zapatrywania są niezgodne (odczyn aglutynacyjny, Bordet-Gengou) względnie niedostatecznie potwierdzone (odczyn skłaczkowania skórny).

Doświadczenia drogą przeszczepień zawiodły, skoro nietylko prątki Frischa, lecz również Friedländera mogą wywołać odczyn pod postacią bujania ziarninowego, za pomocą dotychczasowej techniki rozpoznawczej nie można wyodrębnić poszczególnych typów z grupy Friedländera, a tem samem udowodnić patogenetycznego znaczenia prątków Frischa. Pierwszy Kabelik zwraca uwagę na zachowanie się prątków z grupy Friedländera wobec nalewki lakmusowej i stwarza szemat, według którego tylko prątki nieredukujące lakmusu, niezmieniające cukru mlekowego a wywołujące tylko kwaśną fermentację cukru gronowego odpowiadają prątkom twardzieli. Jak wykazały badania Meisla i Mikulaszka, pracowników Filji Państwowego Zakładu Higjeny we Lwowie, w grupie prątków zachowujących się identycznie według szematu Kabelika można wyróżnić 3 odrębne typy za pomocą oznaczenia stężenia jonów wodorowych.

Ważniejsze zdaje się znaczenie będą miały ostatnie wyniki zyskane drogą odczynów serologicznych i skórnych (Kabelik, Ninger, Tomasek, Quast, Elbert, Feldman, Gerkes, Meisel, Mikulaszek), jakkolwiek i tutaj uwidacznia się pewna różnorodność w zachowaniu się poszczególnych szczepów tego samego typu.

Sprawa biologicznego zachowania się prątków z grupy Friedländera pozostaje nadal otwartą, a gruntowna rewizja dotychczasowych pojęć jest niezbędnie potrzebną dla wyjaśnienia zagadnień zasadniczego znaczenia.

Jeszcze bardziej zawile i niejasno przedstawia się epidemjologja twardzieli. Nieznane są nam źródła i drogi szerzenia się choroby, jak również warunki usposabiające, brak nam systematycznej kontroli klinicznej i bakterjologicznej osób chorych pozostających poza obrębem zakładów leczniczych i osób zdrowych z najbliższego otoczenia chorego, a statystyka niedomaga zupełnie.

Na razie wiemy tylko, że głównem ogniskiem endemicznem twardzieli jest Polska — w szczególności Małopolska wschodnia — następnie Rosja południowa, a ze znacznie słabszem nasileniem schorzenie to pojawia się w Czechosłowacji i północnej części Rumunji, poza obrębem Europy tylko wśród uchodźców w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Najczęściej ulegają schorzeniu osoby między 20—30 rokiem życia pracujące fizycznie, a szczególnie zajęte gospodarstwem wiejskiem (Pachoński, Żebrowski, Kuhn, Zalewski, Elbert, Feldmann, Gerkes). Stwierdzenie twardzieli drogą klinicznego badania u osób pozostających stale w bezpośredniej styczności z chorym należy do rzadkości. Elbert, Feldmann i Gerkes badają masowo rodziny chorych za pomocą odczynu wiązania dopełniacza.

Reasumując poruszoną sprawę dochodzimy do przekonania, że dotychczasowe wiadomości nasze co do istoty i epidemjologji twardzieli są zaledwie w zawiązku. Ze stanowiska więc bakterjologicznego i epidemjologicznego uważałbym na razie jako niezbędnie wskazane ponowić wnioski, które w ogólnym zarysie uchwaliło już w roku 1912 Lwowskie Towarzystwo Lekarskie, a w roku 1922 Towarzystwo Laryngologiczne we Lwowie mianowicie:

1) wobec nieustalonej etjologji i niewyjaśnionej dotychczas epidemjologji twardzieli należałoby stworzyć odpowiednią stację badań we Lwowie, jako w punkcie centralnym tej części kraju, która jest głównem środowiskiem twardzieli. Zadaniem tej stacji byłoby przedewszystkiem poddać dokładnej rewizji dotychczasowe zapatrywania na etjologję twardzieli, następnie badanie źródeł pochodzenia i dróg szerzenia się choroby ze szczególnem uwzględnieniem roli, jaką tu może odgrywać człowiek, zwierzę domowe, pokarmy, ziemia i woda, jak również zawód i codzienne warunki życiowe; wreszcie dla uchwycenia początkowych form chorobowych przeprowadzać masowe badania sero-bakterjologiczne osób, zamieszkujących ogniska endemiczne panującej twardzieli;

2) w celu zyskania dokładnej ewidencji chorych ustawowo wliczyć przypadki stwierdzonej podejrzanej twardzieli do grupy chorób, co do których istnieje obowiązek donoszenia;

3) wprowadzić wzajemne porozumienie się i donoszenie o przypadkach twardzieli pochodzących z państw obcych.

Prof. Dr. W. N o w i c k i omawia historję i obrazy makroskopowe, jakie nam daje anatomja patologiczna twardzieli, objaśniając proces anatomiczny na licznych tablicach. Twardziel anatomicznie jest procesem dokładnie określonym, rozpoznanie jej jest łatwe, a złożyła się na to, przedewszystkiem nader bogata kazuistyka, chociaż nie każdy przypadek ogłoszony jest w rzeczywistości twardzielą. Histologicznie jest to proces granulacyjno-infekcyjny, odznaczający się w okresie wczesnym utkaniem wybitnie plazmatycznem. Charakterystyczne komórki Mikulicza z wodniczkami i laseczenikami, a także obecność kul hyalinowych (Cornil), jako wytworów zwyrodnienia, znamionują w rozpoznaniu tkankę twardzielową. Brak dążności do rozmiękania i rozpadu, a natomiast bliznowacenie, jest nader właściwe dla twardzieli i odróżnia ją od innych procesów anatomicznych ziarninowych. W postaciach starszych tworzyć się może w tkance twardzielowej nawet chrząstka i tkanka kostna.

Referent dzieli postacie twardzieli na guzkowatą, guzowatą i rozlaną. Ostatnia postać jest najrzadszą, dwie pierwsze mogą się między sobą kombinować, rzadziej także z postacią trzecią.

Najklasyczniejszem miejscem usadowienia się procesu jest jama nosowa, gardłowa i krtań, przedewszystkiem przedsionek nosa i jego część podstawowa. Zajmuje on skrzydełka, mniej przegrodę chrząstkową przedsionka w postaci guzków, często brodawkowatych, wystając z jednego otworu nosa lub obu. W razie postępowania ku tyłowi dochodzi ona do otworu, może je znacznie zwężać i tu lubi się umiejscawiać na górnej powierzchni podniebienia miękkiego, wywijając ku górze języczek. W razie zajęcia łuków podniebiennych, powoduje nawet niekiedy zwężenie wejścia do gardła z jamy ustnej, a nawet zesztywnienie tylnej części języka i stawu szczękowego. W zestawieniu referenta, obejmującem niemal 1000 przypadków (w tem 26 sekcyjnych), zmiany takie zachodziły kilkakrotnie. W samem gardle, część nosowa jego jest zajmowana przez twardziel, m. i. okolica trąbki, w którą może się wciskać tkanka ziarninowa.

W krtani (u autora w 69,23%) twardziel jest bardzo częsta. Zgodnie z spostrzeżeniami ogólnemi zajęta jest przedewszystkiem okolica podwięzadłowa *(laryngitis hypoglottica* lub inne określenia podobne), a z niej przechodzi proces na dolną powierzchnię więzadeł, przyczem może się wciskać w szczelinę głośni w postaci rozlanej, guzków i większych guzów wielkości orzecha gładkich lub brodawczakowatych i szczelinę tę zamykać w stopniu różnym. Sprawa przechodzi na stożek krtani i tchawicę ku dołowi, ku górze na przedsionek; umiejscawia się dalej na dolnej powierzchni nagłośni na fałdach nalewkowo-nagłośniowych. Zbliznowacenia prowadzą przedewszystkiem do zwężeń głośni, tworzenia się w rodzaju przepony podgłośniowej, zesztywnienia nagłośni z wszystkiemi objawami klinicznemi, następstwom takim towarzyszącemi.

Często twardziel krtani łączy się następowo z twardzielą tchawicy. (W materjale sekcyjnym autora w 65,34%), jako twardziel guzkowa, rzadziej rozlana, jeszcze najczęściej właśnie w tchawicy występująca. Guzki w postaci wałeczków usadawiają się na chrząstkach i między niemi, wzdłuż chrząstek, szczególnie na rozwidleniu tchawicy. Same, jako takie nie powodują wybitniejszego zwężenia tchawicy, powstaje ono przedewszystkiem przy bliznowaceniu. W postaci rozlanej nacieczenie dotyczy błony śluzowej i podśluzowej, a dochodzić może nawet 6—7 mm. na po-

wierzchni spostrzega się niekiedy nieznaczne nadżerki lub strupy. między bliznami.

Z tchawicy sprawa może przechodzć na oskrzela (w materjale sekcyjnym autora w 9,23%) pod postacią guzkową lub rozlaną, zajmując główne pnie, rzadziej rozgałęzienia rzędu drugiego i prowadząc do zwężenia znacznego.

Zmiany twardzielowe w nosie powodują nader charakterystyczne jego postacie, a przedewszystkiem niezwykłe stwardnienie nosa. Mogą też prowadzić do znacznego zeszpecenia, zwłaszcza przy przejściu po za nos, na wargę, nawet dolną i najbliższą okolicę nosa. Zmiany spostrzegano nawet na czole i ramieniu (Pawłow) lub w przewodzie zewnętrznym ucha (Pick).

Od czego zależy umiejscawianie się twardzieli w poszczególnych odcinkach dróg oddechowych — niewiadomo; w nosie urazy, lub poprzednio isniejące zmiany mają tu znaczenie usposabiające. W rodzinach, mimo stykania się, twardziel nie wydarza się tak często odrazu u kilku członków.

Charakterystyczny jest dla twardzieli, ten niestosunek między stopniem zwężenia a objawami jego i uczuciem podmiotowem chorego. Autor spostrzegał przypadek guza twardzielowego krtani z bardzo wybitnem zwężeniem głośni, w którym chory, murarz, do ostatniej chwili, t. j. do śmierci nagłej, był zajęty swą ciężką pracą zawodową. Niekiedy, co prawda rzadko, może bujać wybitniej nabłonek wielowarstwowy płaski i nawet mikroskopowo dawać obraz bujania rakowego, jak to autor spostrzegał. W związku z twardzielą mogą powstawać zmiany także w narządach innych, najczęściej w płucach, a więc rozedma płuc przewlekła i ostra, przerost serca prawego (w materjale sekcyjnym autora w 23,07%), przekrwienie żylne i mniej lub bardziej zaznaczona niedomoga serca, która też może być przyczyną śmierci. Gruźlica nie jest tak częstem powikłaniem twardzieli, jak chcą niektórzy (n. p. Juffinger nawet do 10%), przeciwnie zachodzi ona stosunkowo mało i, zdaje się pod postacią ograniczoną i z dążnością do gojenia się. Spostrzegano na tle zmian twardzielowych zmiany kiłowe, tworowe (brodawczak Dobrzańskiego w jamie nosowej). Autor spostrzegał bujanie rakowe nabłonka wśród tkanki twardzielowej. Twardziel nie powoduje charłactwa, mimo, że trwa latami i nawet dziesiątkami lat. Samoistnie jest właściwie sprawą nieuleczalną, spostrzegano jednak ustąpienie jej po przebyciu duru brzusznego i róży (Lubliner, N. Neumann). Przyczyną śmierci w twardzieli są zwykle procesy chorobowe, dołączające się przypadkowo, lub w związku z tracheotomją. Wogóle w materjale zakładu anatomji patologicznej we Lwowie spostrzeżono sekcyjnie twardziel na 24,768 sekcyj w 0.08% przedewszystkiem u osobników młodych i płci żeńskiej. Twardziel jest chorobą rodzaju ludzkiego, szczepiona zwierzętom nie daje pewnych i zupełnie identycznych zmian z zmianami człowieka. Nie w badaniu anatomicznem jednak, lecz w poznaniu biologji zarazka tkwi wiele dotąd niejasnych stron tego procesu chorobowego, a przedewszystkiem w jego epidemjologji.

Prof. Dr. **Bielinow** (Sofia) stwierdza, że w Bułgarji chorych z twardzielą nie spotyka się. 27 marca 1910 r. zgłosił się z okolicy Leskowiec chory, 42 lata liczący, który 15 lat mieszkał w Budapeszcie i 7 lat handlował w Odessie.

Chory ten od 15 lat cierpi na suchy nieżyt nosa. Pomimo leczenia sprawa chorobowa postępowała tak, że obecnie chory nie może oddychać przez nos, lewe nozdrze. Z prawego nozdrza wydzielina dość obfita. Ze strony gardzieli i narządów wewnętrznych skarg niema.

Status praesens. Mężczyzna wzrostu średniego, dobrze rozwinięty, dobrze odżywiony. Nos niesymetryczny. Lewa połowa szczególniej w górze większa od prawej, na dotyk połowa ta twarda, jak chrząstka; wejście do nosa z lewej strony zupełnie zarośnięte, skrzydło nosa zrośnięte z przegrodą nosa. Skrzydło przedstawia naciek, bolesny przy ucisku; podobny naciek widać i na przegrodzie. Na skórze nosa nic szczególnego, zabarwienie nie zmienione, nigdzie nie widać owrzodzenia. Odczyn Wassermana ujemny.

Rozpoznanie — przypadek nacieku lewego nozdrza, nacieku przewlekłego niebolesnego, który nie dał rozpadu i owrzodzenia, natomiast spowodował niedrożność lewej połowy nosa. Prof. B. wyłącza przymiot z powodu braku danych wywiadu, badania objektywnego i ujemnego odczynu Wassermana. Przeciwko gruźlicy przemawiał dobry ogólny stan chorego oraz brak owrzodzenia, brak zmian w narządach wewnętrznych.

Przeciwko nowotworowi przemawiał przewlekły charakter cierpienia (15 lat). Wobec tego prof. B. rozpoznał twardziel, za czem przemawiało: 1) umiejscowienie, 2) właściwości nacieku, jak twardość, bezbolesność, skłonność do wywoływania zwężeń, 3) przewlekły postępujący charakter cierpienia. 4) brak owrzodzenia pomimo trwania schorzenia w ciągu lat 15. Badanie mikroskopowe części nacieku potwierdziło rozpoznanie twardzieli. Chory powrócił w 1925 r. z wybitnem zwężeniem krtani i tchawicy.

Prof. B. zmuszony był wykonać tracheotomję. W krtani, w gardzieli typowe nacieki. 14 stycznia 1926 r. chory z powodu ogólnego charłactwa zmarł. Sekcja potwierdziła rozpoznanie. Prof. B. przypuszcza, że chory zaraził się twardzielą na południu Rosji.

5) Prof. **Erbrich**. W swojem przemówieniu zaznacza, że wybór omawianego tematu miał na celu:

1) Zaznajomienie w sposób wyczerpujący szerszego ogółu lekarzy z nieznanem wielu Kolegom, endemicznie rozpowszechnionem cierpieniem. 2) Uzupełnienie i pogłębienie wiadomości o twardzieli zdobytemi w ostatnich czasach nowemi wynikami spostrzeżeń, oraz wskazanie i przegląd środków pomocnych, wedle doświadczenia, w leczeniu twardzieli. 3) Uzgodnienie wspólnego dla wszystkich interesowanych krajów słowiańskich programu akcji zwalczania twardzieli.

Na podstawie obserwacji licznych chorych na twardziel w latach dawniejszych i w ostatnich 7-iu istnienia Kliniki Laryngootjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Twardziel jest cierpieniem przewlekłem nabytem w dzieciństwie.

2. Niezawodną rozstrzygającą metodą rozpoznawania twardzieli jest próba Bordet-Gengou z antygenem (laseczník twardzieli) i surowicą chorych, zastosowana pierwszy raz przed innymi przez Dra J. Brunera w Szpitalu św. Ducha w Warszawie.

3. Jednakową, co próba Bordet-Gengou, wartość rozpoznawczą posiada hodowla krwi, pobranej z błony śluzowej przedniej części przewodu nosa. Wynik hodowli we wszystkich bez wyjątku przypadkach twardzieli wypada dodatnio, choćby błona śluzowa w miejscu, skąd pobraną została krew, nie przedstawiała zmian wyraźnie charakterystycznych dla twardzieli.

4. W każdym przypadku twardzieli, zmiany swoiste, wbrew dotychczasowemu twierdzeniu ogólnemu, istnieją równocześnie, choć nie w jednakowym stopniu, we wszystkich narządach górnych dróg oddechowych, a więc równocześnie znajdują się w nosie, w gardzieli (górnej lub środkowej), w krtani i tchawicy.

5. Pomocną w rozpoznaniu twardzieli okazać się może również próba szybkości opadania krwinek, zastosowana i sprawdzona przez Dra Lewenfischa na dość dużym materjale naszej Kliniki.

6. Zaraźliwość twardzieli nie jest dowiedziona.

7. Patogeneza twardzieli nie jest dowiedziona.

8. Rozwiązanie patogenezy twardzieli doprowadzi dopiero do wykrycia sposobu zapobiegania i zwalczania twardzieli.

9. Poszukiwanie istotnej przyczyny twardzieli, związane z konieczną potrzebą rozległych badań nad wykryciem nieznanych dotąd warunków, sprzyjających powstawaniu i szerzeniu się twardzieli, nie może być dokonane wysiłkiem pojedyńczych jednostek, zwłaszcza na terenie Klinik. Potrzebną jest do tego pomoc społeczna, niezbędny jest udział władz państwowych, któreby przez zarządzenia, wzorowane na już istniejących przepisach dla walki z epidemjami oraz przez specjalne dla walki z twardzielą, powołały odpowiednią organizację, zaopatrzoną w niezbędne środki i uprawnomocnioną do akcji zwalczania twardzieli.

10. Zjazd Lekarzy Słowiańskich, uznając walkę z twardzielą za sprawę niezwykle doniosłą, zarówno ważną i konieczną, jak walkę z innemi groźnemi epidemjami, zarazem przeświadczony, że jedynie walka, przez Władze państwowe zorganizowana, może być skuteczna, powołuje z swego grona Komitet dla pracy nad organizacją akcji zwalczania twardzieli.

Prof. Erbrich przedstawia kilku chorych z twardzielą, którzy leżą obecnie w Klinice.

Prof. **Zalewski** omawia klinikę twardzieli. W przypadkach twardzieli górnych dróg oddechowych mamy do czynienia z bardzo znaczną różnorodnością obrazu klinicznego. Zmiany twardzielowe spotyka się we wszystkich odcinkach górnych dróg oddechowych. Najczęściej zmiany te spotykamy w nosie, następnie w krtani, później idzie gardło, a na końcu tchawica i oskrzela. W poszczególnych odcinkach dróg oddechowych są jeszcze miejsca, które są niejako miejscami uprzywilejowanemi.

W jamie nosowej spotykamy bardzo częste zmiany u przejścia przedsionka do właściwej jamy nosowej i w tylnych nozdrzach (choanach). W jamie gardłowej częściej spotykamy zmiany w górnej jej części (w jamie noso-gardłowej), na tylnych łukach podniebiennych, kiedy w pozostałej części gardła zmian prawie nie widzimy. W krtani uprzywilejowanem miejscem, jest okolica podwięzadłowa.

Mając na uwadze rozmieszczenie zmian twardzielowych w poszczególnych odcinkach dróg oddechowych, prof. Z. uważa, że zakażenie twardzielą dostaje się do dróg oddechowych z zewnątrz.

Obraz wziernikowy. Świeży naciek twardzielowy przedstawia się jako naciek rozlany lub ograniczony, niezbyt twardy, dość dobrze ukrwiony, łatwo krwawiący przy dotyku; szczególnie w nosie i w tchawicy spotkaliśmy często nacieki lepiej ukrwione. W późniejszych okresach naciek staje się więcej twardym

wskutek rozwoju tkanki łącznej. Prof. Z. opierając się na swoim bogatym materjale wyraża przypuszczenie, że wiele przypadków twardzieli ulega samowyleczeniu.

W okresie wytwarzania się tkanki łącznej, stwierdzamy nacieki więcej twardy, a przy zupełnem zbliznowaceniu zmian chorobowych stwierdzamy blizny, które mają najrozmaitszy kształt, zależnie od miejsca i formy nacieku; więcej okrągły lub też przedstawiają się w postaci błon rozpiętych, które mniej lub więcej zwężają drogi oddechowe. Przy naciekach rozlanych możemy mieć do czynienia z rozległemi zwężeniami w postaci bardzo wąskich kanałów.

Proces bliznowacenia nacieków nie we wszystkich przypadkach zaczyna się jednakowo, w jednych przypadkach nacieki od samego początku prawie mają charakter więcej twardy, w innych długi czas są miękkie i przy dotyku łatwo krwawią.

Objawy chorobowe zależą od wielkości zmian patologicznych. Zwężenie z powodu twardzieli może być zredukowane do bardzo nieznacznej szpary i im niżej w drogach oddechowych umiejscowione są zmiany chorobowe tem niebezpieczeństwo dla chorego jest większe.

Ogółem w klinice oto-laryngologicznej we Lwowie spostrzegano w ciągu lat 18-tu 636 przypadków twardzieli, z tych w ostatnich trzech latach obserwowaliśmy klinicznie 64 przypadki, pozatem zmuszeni byliśmy czynić obserwacje jedynie na materjale ambulatoryjnym.

Przebieg twardzieli jest bardzo przewlekły. Rozpoznanie opiera się na stwierdzeniu charakterystycznych nacieków w drogach oddechowych, w wątpliwych przypadkach środkiem pomocniczym najpewniejszym jest badanie mikroskopowe wyciętych nacieków, badanie bakterjologiczne i ewentualnie serologiczne.

Wypadki śmierci spotykają się stosunkowo rzadko, co niewątpliwie trzeba przypisać tej okoliczności, że zmiany twardzielowe w dolnych częściach t. j. w dolnej części tchawicy i oskrzelach spotykają się bardzo rzadko. Na 636 przypadków wiemy o dwóch przypadkach śmierci z powodu twardzieli tchawicy i oskrzeli. Podobnież i Baurowicz na 169 przypadków miał jeden przypadek, w którym przyczyną śmierci była twardziel.

Twardziel wyleczoną być może zupełnie, procentowo nie jesteśmy w stanie określić ilości wyleczonych przypadków, większość bowiem ich z chwilą zniknięcia groźnych i nieprzyjemnych dla chorego objawów usuwa się od obserwacji.

Najodpowiedniejszem leczeniem teoretycznie byłoby chirurgiczne usunięcie nacieków. Może mieć zastosowanie tylko wyjątkowo wobec umiejscowienia twardzieli w rozmaitych odcinkach dróg oddechowych i wobec rozlanego najczęściej charakteru nacieków — pewności, że wydaliliśmy wszystko nigdy mieć nie możemy. Najlepsze usługi oddało wywieranie ucisku na nacieki i naświetlanie promieniami X. które przyśpiesza proces bliznowacenia nacieków i tym sposobem przyczynia się do zbliznowacenia, a jednocześnie zapobiega powstawaniu zbyt dużych zwężeń dróg oddechowych. W klinice lwowskiej Prof. Zalewski stosuje te dwa czynniki jednocześnie — prawie w każdym przypadku wkładając do jamy nosowej pręciki blaszeńcowe (laminarja), na kilka godzin lub zwyczajne tampony z gazy wyjałowionej; w krtani dają rozszerzadła Schröttera, codziennie do 1½ godziny; w tchawicy rury Brüningsa, bądź to przez jamę ustną, bądź też przez otwór w tchawicy.

Przy znaczniejszych zwężeniach w krtani nim przystąpimy do naświetlania i do rozszerzenia robimy tracheotomję górną, aby w ten sposób zapobiec ewentualnemu uduszeniu się chorego z powodu reakcji po naświetlaniu i po rozszerzeniu krtani. Tracheotomję górną prof. Z. uważa za odpowiedniejszą, niż tracheotomję dolną, ma się bowiem dostęp do krtani od góry i od dołu, a prócz tego w razie istnienia zmian w tchawicy mamy łatwiejszy wgląd do tejże.

Leczenie staje się trudnem przy naciekach w oskrzelach i prowadzą do uduszenia.

Walkę systematyczną z twardzielą podjąć musi Państwo. W szczególności uwagę zwrócić należy na powiaty wschodnie i południowo-wschodnie naszego Państwa, gdzie przypadki twardzieli spotykają się najczęściej. Jako pierwszy krok do walki prof. Z. uważa za konieczne rejestrację wszystkich dotkniętych twardzielą, rozciągnięcie czujnej opieki nad miejscowościami zakażonemi jest rzeczą nieodzowną.

Prof. Dr. Jos. Cisler (Praga) wyjaśnia, że twardziel jest znaną w Czechsłowacji od 1886 r., kiedy Janowski ogłosił swój artykuł o rhinoscleromie. Cisler przedstawia całe piśmiennictwo, które traktuje o twardzieli w Czechosłowacji wszystkich przypadków zebrał 120, z czego 58 przypadków stwierdzono w Czechach, 38 na Morawach i 20 na Słowaczyźnie, 4 na Rusi Podkarpackiej, 55 przypadków — dotyczyło mężczyzn, 65 kobiet. Cisler zwraca uwagę, że ponieważ twardziel spotyka się w warstwach ludności upośledzonych ekonomicznie, więc mężczyźni, jako żywiciele rodzin, mniej mogą się leczyć.

Co się tyczy wieku, to do 10 roku nie stwierdzono ani jednego przypadku; od 10 r. do 20 r. było — 18 chorych, od 20 do 30 r. — 46 chorych, 30—40 r. 19 chorych, od 40—50 r. — 17 chorych, od 50 r. do 60 r. — 10 chorych, od 60—70 r. — 7 chorych. Najmłodszy z chorych miał 14 lat, najstarszy 69 lat.

Określenie wieku nie mówi o początku choroby, kiedy przez długi czas są nieznaczne objawy, jak suchość w gardle, na które chorzy nie zwracają uwagi. W każdym razie twardziel może wystąpić w każdym wieku. Cisler na zasadzie danych zebranych uważa, że twardziel spotyka się wśród robotników najczęściej, ale i sfery lepiej sytuowane nie są zabezpieczone. — 3 przypadki rodzinne i jeden przypadek żołnierza, który wyszedł z wojska z takiej okolicy Słowacji, gdzie nie było ani jednego przypadku twardzieli, sam on był w wojsku w Galicji i Czerniakowskiej gubernji w Rosji, przemawiają za tem, że twardziel jest chorobą zaraźliwą. Następnie prof. Cisler przedstawia mapę Czechosłowacji z oznaczonemi miejscowościami, gdzie została stwierdzona twardziel i w ilu przypadkach. Kończy swoje przemówienie prof. Cisler tem 1) że twardziel spotyka się we wszystkich częściach republiki, najmniej w północnowschodnim kwadracie Czechosłowacji w środku Moraw, a w Słowacji pomiędzy Horyniem a Vatrem; 2) twardziel występuje nietylko w Czechosłowacji lecz i u innych narodów.

Prof. S e r c e r. Pierwsze badania twardzieli w krajach jugosłowiańskich datują się od roku 1904. Do końca 1922 roku zebrano 83 przypadki twardzieli, a w następnych pięciu latach t. zn. do końca marca 1927 r. nowe 34 przypadki. Podług tego zbadano w Jugosławji ogółem 117 przypadków twardzieli. Grupowanie się twardzieli w r. 1927 pozostaje w gruncie rzeczy jednakowe jak w r. 1922. Główne źródła twardzieli znajdują się w województwie Mariborskim t. zw. Hrvatskom Zageriu i w okolicach miasta Bielowara. Doniosłem jest stwierdzenie, że w ostatnich latach twardziel zwiększyła się w Jugosławji i rozpowszechniła się w krajach, w których dotychczas jej nie było. Pojedyńcze przypadki znajdujemy w Liki, Dalmacji, Vojvodini, Bośnji i w południowej Serbji. Najbardziej rozpowszechniona jest twardziel w krajach jugosłowiańskich, natomiast w krajach gdzie zamieszkują koloniści: Niemcy, Albańczycy, Węgrzy, Rumuni, Polacy i Ukraińcy twardziel jest bardzo rzadka. Ze 117 przypadków tylko jeden był pochodzenia czeskiego i jeden ukraińskiego, a reszta wszystko pochodzenia jugosłowiańskiego. A więc twardziel nie jest chorobą importowaną do Jugosławji, lecz szerzy się w kraju endemicznie. Pojedyńcze przypadki w Liki Dalmacji i w Serbji nie pochodzą stamtąd, ale są przeniesione z krajów zarażonych twardzielą jak się o tem można przekonać z ścisłych wywiadów. Niniejsze spostrzeżenie jest bardzo ważne ze względu na epidemjologję i profilaksję twardzieli. Z tego samego względu ważną jest obserwacja pewnej rodziny w której 2 członków jest zarażonych typową twardzielą a 4 pozostałych choruje na zapalenie śluzówki nosa i gardła, tymczasem u wszystkich członków odczyn surowicy krwi ma twardziel dodatnią.

Co się tyczy etjologji twardzieli prof. S. stoi na stanowisku, że prątek Frischa wywołuje twardziel, chociaż nie posiadamy na to bezsprzecznych eksperymentalnych dowodów. Właściwe badania zastrzykami do mózgu i pod śluzówkę czystej kultury prątków Frischa u królików dały wyniki ujemne, wyniki Urechie i Popolitze są błędne. Duże komórki, które ci autorzy uważają za komórki Mikulicza są zwyczajnemi makrofagami jak widać z naszych preparatów. Specjalna indywidualność prątka Frischa jest ostro scharakteryzowana nie tylko metodami bekterjologicznemi, ale także serologicznemi odczynami aglutynacji, precipitacji oraz wiązania komplementów co także stwierdzono w Instytucie Higjenicznym prof. Praske w Zagrzebiu. Rozpowszechnienie prątka Frischa jest ogólne, a pojedyńcze zachorowania twardzieli tłumaczymy tem, że większość ludzi posiada miejscową odporność dróg oddechowych przeciw tym prątkom i że dla wywołania twardzieli potrzebna jest powtarzająca się częsta i masowa infekcja. Odporność miejscowa słabnie po przebytej jaglicy, lub wskutek częstego zapalenia śluzówki nosa, wtedy to prątki sięgają do naczyń chłonnych i szerzą się stopniowo po całej górnej części dróg oddechowych. Twardziel ogranicza się do dróg oddechowych tylko dlatego, ponieważ budowa anatomiczna systemu chłonnego nie sprzyja szerzeniu się choroby na inne części ciała. W celu uzasadnienia niniejszego twierdzenia opieramy się na badaniach histologicznych oraz następujących obserwacjach klinicznych:

I. Metodyczne szerzenie się prątków twardzieli w gruczołach regjonalnych.

II. Umiejscowienie nacieków twardzieli.

III. Symetryczne umiejscowienie twardzieli.

Tylko anatomiczny układ systemu chłonnego dróg oddechowych może objaśnić te zjawiska.

Co się tyczy terapji, możemy powiedzieć, że z dobrymi wynikami stosowaliśmy metody chirurgiczne w najszerszem tego słowa znaczeniu, Roentgenoterapję, oraz Wakcinację parenteralną

i zabiegi miejscowe. Chemoterapji dotychczas nie stosowaliśmy Dla stwierdzenia wyleczalności twardzieli nie mamy dotychczas pewnych metod. Nasze kliniczne badania odnoszą się najdalej na przeciąg ośmiu lat. W trzech przypadkach w których prof. S. byłby według obserwacyj klinicznych twierdził, że twardziel została wyleczoną, odczyn z surowicą krwi pomimo to dał wynik dodatni.

Dr. V. Tomasek (Brno) na podstawie przeprowadzonych badań uważa, że wartość odczynu Bordet-Gengou w twardzieli jest wysoka. Jako antygenu Tomasek używał świeżej zawiesiny z prątków Frischa w rozczynie fizjologicznym soli kuchennej; zawiesinę prątków ogrzewał kilkakrotnie do 60° w ciągu godziny. Na 30 surowic od chorych na twardziel 28 dało odczyn dodatni inne surowice dawały odczyny ujemne w 2 przypadkach sprawa nie była wyjaśnioną.

T. badał 37 surowic pobranych od chorych z cierpieniami dróg oddechowych i 50 innych chorych. Przy badaniach z zawiesinami innych prątków, jak Friedländera, ozeny, *b. colimucosum*, u 2 badanych przez siebie chorych z dodatnim odczynem na twardziel, otrzymywał wyniki ujemne. Podobne wyniki dawały surowice królików uodpornionych na prątki twardzieli. Wyniki potwierdzają, że prątek Frischa jest zarazkiem, który jedynie wywołuje twardziel.

W dyskusji Prof. Wrzosek (Poznań) mówi, iż przy wyprowadzaniu wniosków z danych statystycznych mogą się zdarzać błędy, gdyż trudno ocenić wszystkie warunki. Prof. Wrzosek zapytuje klinicystów, czy nie zauważyli, jaką rolę gra płeć chorego, a także czy żydzi zapadają częściej na twardziel niż Polacy i Ukraińcy.

Dr. Serbeński (Lwów) przypomina, że prof. Jurasz we Lwowie robił doświadczenia w twardzieli, lecząc ją wodą przepojoną emanacją radu, i otrzymywał dobre wyniki.

B. Sabat (Warszawa) omawia leczenie twardzieli naświetleniami promieniami roentgenowskiemi, podaje technikę naświetlań. Według Sabata należy naświetlać: 1) nos z prawej i lewej strony, od dołu w kierunku wejścia do nosa. 2) Gardziel przez otwarte usta i przez okolice obu kątów żuchwy. 3) Krtań od zewnątrz, przednia okolica szyi, prawa i lewa strona szyi. 4) Tchawicę i oskrzela — górną część klatki piersiowej od przodu i górną część klatki piersiowej od tyłu. 5) Guzy wargi górnej.

Dawka na każde pole 10—15 H. promieni o twardości około 12 We. przez filtry glinowe grubości 3 mm serje naświetlań co 4 tygodnie.

Prof. Zalewski wyjaśnia, że ilość przypadków twardzieli procentowo odpowiada procentowi wyznawców religji rz. katolickiej, grecko-katolickiej i mojżeszowej. Rzeczywista statystyka może być przeprowadzona po zarejstrowaniu wszystkich chorych według jednego szematu.

Prof. Kurwirt zaznacza, że w Pradze również w kilku przypadkach twardzieli nosa była stosowana emanacja radowa z dodatnim wynikiem.

Doc. Gąsiorowski (Lwów) zgadza się z prof. Wrzoskiem, że nie można mówić o matematycznej dokładności danych statystycznych twardzieli bez ścisłej znajomości wzajemnego ilościowego stosunku poszczególnych warstw ludności i innych momentów, któreby mogły wpłynąć na wynik obliczenia. Jednak wszyscy badacze podkreślają z naciskiem i jako cechę znamienną podnoszą, że schorzeniu twardzieli ulegają przeważnie mieszkańcy wsi. Z porównania liczb chorych notowanych w szpitalach Małopolski do r. 1919 i w następnem dziesięcioleciu wynika, iż twardziel na terenie Małopolski przybiera coraz szersze kręgi.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wacław Kowalski.

Sprawozdanie z działalności Łuckiego Towarzystwa Lekarskiego i Łuckiego Obwodu Związku Lekarzy Państwa Polskiego za rok 1926.

Z końcem roku 1926-go Łuckie Towarzystwo Lekarskie i Łucki Obwód Z. L. P. P. kończą siódmy rok swego istnienia i działalności.

Na początku roku sprawozdawczego Łuckie Towarzystwo Lekarskie liczyło 31 członków, zaś Łucki Obwód Z. L. P. P. — 29 członków.

W ciągu roku do Towarzystwa przyjęto członków — 5, a mianowicie: kolegów Baksztową Simę, Ptica Dawida, Sołomkę Andrzeja, Olszewskiego Lucjana i Gryfla. Do Związku Lekarzy P. P. Obwód Łucki przyjęto — 2: Sołomkę Andrzeja i Baksztową Simę. Z Towarzystwa Lekarskiego ubyli koledzy: Iwaszkiewicz, Sołomko, Złotnik. Z Obwodu Łuckiego Z. L. P. P. ubyli koledzy: Iwaszkiewicz, Sołomko, Złotnik, Habich i Jasiński.

W dniu pierwszego stycznia 1927 r. Łuckie Two Lek. liczyło 32 członków, w tej liczbie jednego honorowego członka korespondenta, a Łucki Obwód Z. L. P. P. — 26 członków.

W skład Zarządu Towarzystwa i Związku wchodzili: Dr. Miłaszewski Franciszek — prezes, Dr. Józef Mininzon — wiceprezes, Dr. Bejlin Bencjon — skarbnik Dr. Wojnicz Adam — sekretarz stały, Dr. Radwański Ludwik — sekretarz Towarzystwa, Dr. Włodzimierz Lipiński — sekretarz Obwodu i Dr. Drewnowski Jerzy — bibljotekarz.

Komisję Rewizyjną stanowili: Dr. Biskupski Antoni, Dr. Rane Chaim i Dr. Pemow Fridman.

Komisja Redakcyjna składa się z kolegów: Wojnicza Adama i Radwańskiego Ludwika.

Posiedzenia Towarzystwa i Związku odbywały się w lokalu udzielonym przez Magistrat przy Ambulatorjum Miejskiem (ul. Ks. Skorupki Nr. 11), zaś od 15-go maja we własnym lokalu przy ul. Sienkiewicza 13 w terminach 2-tygodniowych, w piątki po 1-ym i po 15-ym każdego miesiąca.

W roku sprawozdawczym odbyło się 22 posiedzeń, z których 19 były wspólne Twa i Związku, 2 posiedzenia były poświęcone wyłącznie sprawom Związku, oprócz tego odbyło się jedno posiedzenie doroczne.

Przeciętna ilość członków obecnych na każdem posiedzeniu 17. Z ogólnej liczby członków tylko dwóch nie brało udziału w żadnem z posiedzeń, przyczem jednego z członków usprawiedliwiał podeszły wiek i zły stan zdrowia, zaś drugi nie mógł uczęszczać na posiedzenia z powodu dłuższego wyjazdu.

Zarząd Towarzystwa i Związku odbył 6 posiedzeń, przyczem oprócz spraw bieżących były dyskutowane kwestje poważniejsze przed podaniem tychże na Walne Zebranie oraz rozpatrywane nieliczne na szczęście wypadki konfliktów między kolegami. Zarząd miał również 2 konferencje z przedstawicielem Kasy Chorych.

Do sekretarjatu Towarzystwa i Związku w roku sprawozdawczym wpłynęło 98 pism, sekretarjat wysłał 158 pism oraz 610 zaproszeń na posiedzenia.

Organem Towarzystwa Lekarskiego była „Polska Gazeta Lekarska", a sprawy Obwodu Z. L. P. P. były ogłaszane w „Nowinach Lekarskich".

Bibljoteka Towarzystwa w roku sprawozdawczym otrzymywała 17 czasopism lekarskich i 3 dzienniki, a mianowicie: 1) Archiwum Historji i Filozofji Medycyny, 2) Ginekologja Polska, 3) Lekarz Kasy Chorych, 4) Lekarz Polski, 5) Lekarz Wojskowy, 6) Medycyna Doświadczalna i Społeczna, 7) Nowiny Lekarskie, 8) Opieka nad dzieckiem, 9) Pedjatrja Polska, 10) Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 11) Przegląd Chirurgiczny, 12) Warszawskie Czasopismo lekarskie, 13) Zagadnienia Rasy, 14) Zdrowie, 15) Wykłady Lekarskie, 16) Wraczebnoje Obozrienije, 17) Therapeutische Berichte, 18) Dziennik Ustaw Rzplitej Polskiej, 12) Życie Wołynia i 20) Przegląd Wołyński.

Na dzień 31 grudnia roku sprawozdawczego bibljoteka posiada 213 tomów.

Muzeum anatomo-patologiczne w dalszym ciągu uzupełniało się. Praca naukowa w Łuckiem Towarzystwie Lekarskiem odbywała się normalnie. Wygłoszono odczytów naukowych 8, dokonano pokazów chorych 15 i pokazów preparatów anatomo-patologicznych 10. Sprawozdań ze zjazdów i innych złożono 6.

Następujący koledzy zgłosili referaty, pokazy i sprawozdania:

Dr. Abramski: 1) przypadek powiększenia lewego płatu tarczycy, 2) przypadek promienicy.

Dr. Drewnowski: 1) sprawozdanie ze zjazdu działaczy samorządowych i lekarzy higjenistów we Lwowie.

Dr. Jasiński: 1) zagadnienia medycyny teoretycznej z punktu widzenia fizjo-chemicznego.

Dr. Lipiński: 1) sprawozdane z kursów z dziedziny chorób skórnych i wenerycznych w Warszawie.

Dr. Minizon: 1) referat w sprawie etjologji ciąży zewnątrzmacicznej, 2) pokaz chorej po operacji z powodu torbielogruczolaka jajnika prawego, 3) pokaz preparatu anatomo-patologicznego mięśniaka macicy, 4) preparat usunięty z powodu mięśniaka i polipa macicy, 5) preparat wyrostka robaczkowatego, 6) przypadek syndaktylji u 6-cio tygodniowego dziecka, operowany sposobem Dido, 7) przypadek polidaktylji obydwóch rąk, operowany celem usunięcia dodatkowych palców, 8) pokaz preparatów mikroskopowych, 9) angiomat skóry czoła, 10) cancroid penis, 11) skrawek śluzówki macicy (endometritis glandularis hypertrophica, operowany przez Dr. Miłaszewskiego).

Dr. Miłaszewski: 1) wygłosił referat: leczenie gruźlicy płuc pyłem mineralnym oraz dokonał demonstracji aparatu prof. Kühn'a, 2) pokaz dziewczynki w wieku 1 rok 2 mies. z powodu tumor lienis malaricus, 3) pokaz chorej z wybitną hipoplazją uteri

(zupełny brak portionis vaginalis), 4) pokaz 20-letniego młodzieńca chorego na lympho-sarcomę.

Dr. Moskalowa: 1) sprawozdanie z kursów przeciwgruźliczych w Warszawie, 2) sprawozdanie ze zjazdu przeciwgruźliczego we Lwowie.

Dr. Olszewski: 1) wygłosił referat p. t.: „budowa kolodidów".

Dr. Pemow: 1) wygłosił referat o pęknięciu macicy.

Dr. Ptic: 1) referat pod tytułem: „zarys ogólnych zasad roentgenologji współczesnej".

Dr. Ranc: 1) sanitarno-higjeniczne sprawozdanie szkolne za pierwsze półrocze 1925—1926 roku szkolnego.

Dr. Rychliński: 1) sprawozdanie z kursów przeciwjaglicych w Warszawie.

Dr. Rozenkranc: 1) Referat: cukrzyca i jej leczenie.

Dr. Wojnicz: 1) referat: tytoń i jego wpływ na organizm ludzki, 2) pokaz 2 chorych z ropniem języka, 3) pokaz chorego po operacji usunięcia dodatkowych palców szóstych na 2 stopach, 4) pokaz chorego z hypospadiasis penio-scrotalis, 5) pokaz chorej operowanej w znieczuleniu nowokainą z powodu strumy (colloidalis), 6) pokaz preparatu wyrostka robaczkowatego usuniętego z powodu zapalenia ropnego tegoż, 7) preparat worka stawu kolanowego usuniętego z powodu porażenia gruźliczego, 8) pokaz ciała obcego — świecy woskowej cerkiewnej wydobytej drogą operacyjną z pęcherza moczowego 30-letniego mężczyzny.

Dr. Żytyński: 1) pokaz chorej z carcinoma hepatis.

Prócz pracy naukowej Łuckie Two Lekarskie przyjmowało udział w zjazdach lekarskich, delegując swoich przedstawicieli, a mianowicie: na zjazd przeciwgruźliczy we Lwowie Two delegowało Dr. Moskalową, na organizacyjne posiedzenie zjazdu lekarzy słowiańskich w Warszawie — delegowany był Dr. Lipiński, na zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych we Lwowie — dr. Drewnowski.

W roku sprawozdawczym Two Lekarskie przez swoich delegatów brało udział w następujących uroczystościach: w obchodzie 100-nej rocznicy śmierci Ks. Stanisława Staszica, w uroczystości wręczenia orderu Polonia Restituta Księdzu Biskupowi Godlewskiemu, w uroczystości poświęcenia szpitala przy więzieniu Łuckiem, a także w dorocznem zgromadzeniu członków biblioteki publicznej w Łucku i w uroczystościach ku czci św. Stanisława Kostki.

Wśród członków Towarzystwa zostały zebrane dowolne składki na następujące cele. 1) na Towarzystwo Obrony Przeciwgazowej, 2) na tanią kuchnię, urządzoną staraniem Koła Polek, 3) na Gniazdo Łuckiego Sokoła, (na nagrodę w czasie zawodów), i 4) na pomnik dla poległych funkcjonarjuszy sanitarnych podczas wielkiej i polsko-bolszewickiej wojny.

Zamknięcie szpitala epidemicznego w Łucku żywo poruszyło opinję członków Twa Lekarskiego. Wyłącznie tej sprawie były poświęcone 3 posiedzenia, przyczem na 2 posiedzenia byli zaproszeni przedstawiciele władz lekarskich wojewódzkich, a także przedstawiciele Sejmiku i Magistratu.

Opinja Twa Lekarskiego w powyższej sprawie była podana do pism miejscowych.

Na interpelację kolegi Ziembińskiego spowodowaną artykułem „Szpital Automat" umieszczonym w Przeglądzie Wołyńskim, została wyłoniona komisja koleżeńska pod przewodnictwem Dr. Radwańskiego w składzie członków: kolegów Rychlińskiego, Bobrowa, Żytyńskiego i Pemowa, która to komisja w powyższej sprawie wyniosła opinję określającą do niej stosunek Twa Lekarskiego.

Na jednem z posiedzeń w listopadzie kolega Wojnicz wystąpił z wnioskiem zwołania w Łucku Zjazdu Lekarzy Województw Wschodnich, przyczem wniosek zasadniczo został przyjęty i dalsze prace organizacyjne do czasu zebrania Komitetu Organizacyjnego zostały poruczone Zarządowi Towarzystwa.

Łucki Obwód Z. L. P. P. wykonując uchwałę z dnia 10 sierpnia 1925 r. w sprawie stosunku do Kasy Chorych, trwał na zajętem stanowisku wyczekując decyzji sądu Izby Lekarskiej Lubelskiej. Konferencja Zarządu Obwodu z komisarzem Kasy Chorych przed sądem Izby Lekarskiej Lubelskiej, jak również i konferencja Prezesa Związku z Komisarzem Kasy Chorych po sądzie Izby Lekarskiej nie dała konkretnych wyników, wobec czego członkowie Związku w dalszym ciągu nie biorą udziału w pracy Kasy Chorych w Łucku.

W sprawie podatku obrotowego w roku sprawozdawczym czynna była komisja w składzie kolegów: Bejlina, Wojnicza i Kubaszewskiego. Delegatem do Inspektoratu Skarbowego pozostał kolega Rychliński.

Celem opracowania cennika dla położnych Związek wyłonił komisję w składzie kolegów: Bejlina, Kubaszewskiego i Mininzona.

Na zjazd Okręgu Wołyńskiego Z. L. P. P. który się odbył w Krzemieńcu w dniu 16 maja Związek delegował Prezesa kol. Miłaszewskiego i kol. Kubaszewskiego.

Na 8-ym Walnym Zjeździe delegatów z Okręgów i Obwodów Z. L. P. P. reprezentował Łucki Obwód kol. Miłaszewski.

Na Nadzwyczajnem Posiedzeniu delegatów Z. L. P. P. w Warszawie w dniu 19 grudnia z ramienia Łuckiego Obwodu byli koledzy Wojnicz i Bejlin.

W roku sprawozdawczym następujący koledzy złożyli sprawozdania:

Dr. Drewnowski: sprawozdanie ze zjazdu urzędników samorządowych w Łucku w dniu 17 stycznia.

Dr. Finkielsztejn: (gość) członek Rówieńskiego Obwodu Z. L. P. P. — sprawozdanie ze zjazdu delegatów Okręgów i Obwodów Z. L. P. P. w Warszawie w dniu 5 i 6 grudnia 1925 roku.

Dr. Lipiński: sprawozdanie z organizacyjnego zebrania zjazdu lekarzy słowiańskich, mającego się odbyć w Warszawie w maju 1927 r.

Dr Miłaszewski: 1) sprawozdanie z 8-go Walnego Zjazdu delegatów Okręgów i Obwodów Z. L. P. P. w Warszawie w dniu 25 kwietnia 1926 r., 2) sprawozdanie z sądu Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie w dniu 11 grudnia 1926 r., 3) sprawozdanie ze zjazdu delegatów z Obwodów Okręgu Wołyńskiego w Krzemieńcu w dniu 16 maja 1926 r.

Dr. Wojnicz: 1) sprawozdanie z Nadzwyczajnego Zjazdu delegatów z Okręgów i Obwodów Z. L. P. P. w Warszawie w dniu 19 grudnia 1926 roku.

W zakończeniu niniejszego sprawozdania Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Łuckiego poczytuje za swój miły obowiązek złożyć podziękowanie p. Marji Dąbrowskiej — sekretarce Wołyńskiego Okręgu Polskiego Czerwonego Krzyża — za jej bezinteresowną pracę w dziale Sekretarjatu, jak również za jej gotowość pomocy w tym dziale na przyszłość.

Prezes: *Dr. F. Miłaszewski*, Sekretarz Towarzystwa *Dr. L. Radwański*, Sekretarz Obwodu Łuckiego: *Dr. W. Lipiński*.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Warszawskie Towarzystwo Ginekologiczne ogłasza Regulamin Konkursu naukowego o nagrodę 1.000 zł. imienia Zakładu Położniczego św. Elżbiety na Pradze, na temat: „Białko, surowica, czy szczepionka dają najlepsze wyniki w przypadkach *sepsis puerperalis*". 1) Prace naukowe przeznaczone na konkurs muszą się opierać na 30 co najmniej przypadkach bakterjemji, klinicznie ściśle stwierdzonej i spostrzeganej. 2) Przypadki te mogą być leczone dowolnie, ale tylko środkami należącemi do grupy szczepionek, surowic lub proteinoterapji. 3) Podstawą rozpoznania jest wykazanie w krwi bieżącej obecności łańcuszkowców lub gronkowców (złocistego) rozpuszczających barwik krwi (*strepto vel staphylococcus aureus haemoliticus*), względnie innych drobnoustrojów, nie znajdujących się w powietrzu otaczającem. Dowodem będą tylko hodowle uzyskane drogą szczepienia krwi wprost na rozpuszczony agar, z pominięciem pośrednich kultur bulionowych. Hodowle wykonane musza być *lege artis* i potwierdzone przez bakterjologa. 4) Dla przypadków wyleczonych rozpoznanie musi być stwierdzone dwukrotnem badaniem bakterjologicznem krwi. 5) Przypadki wyleczone są miarodajne tylko przy leczeniu wyłącznie jednym środkiem farmaceutycznym. W przeciwnym razie wypadki te należą do wątpliwych. 6) Spostrzeganie kliniczne musi uwzględniać prócz codziennych ścisłych notatek o stanie chorej i prócz obszernej historji klinicznej choroby, podającej dokładnie stan wszystkich narządów: a) badania morfologji krwi co do liczby ciałek, zawartości hemoglobiny, oznaczenia liczbowego rodzajów ciałek białych i zachowania się obrazu Arnetha, względnie Schillinga, b) kontrolę próbną Biernackiego, c) kontrolę zachowania się moczu, d) wynik sekcji w razie śmierci pacjentki. 7) Ostateczny termin składania prac upływa w dniu 31 grudnia 1928 roku. 8) Dopuszczone są spostrzeżenia od 1 stycznia 1927 roku. 9) Uchwały Sądu konkursowego są prawomocne w obecności przynajmniej trzech członków Sądu w tej liczbie przewodniczącego i sekretarza. 10) Prace przeznaczone na konkurs należy wnosić na ręce Zarządu Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Prezes: Prof. Dr. *A. Czyżewicz*. Sekretarz: Dr. *H. Zborowski*.

O bibljotekach dla chorych szpitalnych. Dr. A. Fu..ewski, lekarz naczelny szpitala Dz. Jezus podaje w zeszycie 5 „Nowin lekarskich" z r. b. opis bardzo zajmujący, urządzenia bibljoteki dla chorych w szpitalu Dz. Jezus, uważając, że urządzenie podobne może posłużyć za przykład dla innych, mianowicie większych szpitali. W małym pokoiku postawiono półki i zgromadzono z różnych oddziałów szpitala (liczącego 700 łóżek etatowych) książki, których stopniowo zebrano około 5000 tomów. Znalazła się osoba dobrej woli która pracowała przez kilka lat bezpłatnie, obecnie za skromną opłatą jako bibljotekarka, pilnując porządku w bibljotece i w katalogu, a co ważniejsza, chodząc po wszystkich oddziałach i wymieniając książki pomiędzy chorymi. W r. 1926 korzystało w ten sposób z bibljoteki 2533 chorych, którzy przeczytali 7744 książki. Nadto 59 osób ze służby niższej przeczytało 1333 książek. Średnio korzystało z bibljoteki 36 proc. chorych i 34 proc. służby niższej.

Kraków.

W czasie od 18 do 24 września b. r. odbędą się w Karlowych Warach Międzynarodowe Kursa Lekarskie. Lekarze pragnący wziąć w nich udział, zechcą się zgłosić do przynależnej Izby Lekarskiej. Po zamknięciu listy kandydatów Naczelna Izba Lekarska poczyni kroki u Władz o przyznanie uczestnikom paszportów ulgowych.

Lwów.

Zaszczytne odznaczenie otrzymała firma *Stanisław Baran dostawca* M. S. Wojsk., Klinik, Szpitali, Kas chorych we Lwowie, Akademicka 26; przyznano jej bowiem *Złoty Medal Pierwszej Polskiej Wystawy Przeciwgruźliczej.*

Z kraju.

Ostrzeżenie. „Zarząd Związku Lekarzy P. P. Oddział w Radomiu ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem jakichkolwiek posad w tutejszej Kasie Chorych, znajdujących się pod bojkotem ze względu na wymówienie pracy przez tutejszy Zarząd K. Ch. wszystkim lekarzom miejscowym. Nie bacząc na to, że w zatargu tym Zarządowi K. Ch. rozchodziło się o pognębienie zasad lekarskich, na co miejscowi lekarze nie chcieli się zgodzić, znaleźli się lekarze zamiejscowi, którzy dla względów egoistycznych i materjalnych przyjęli zaproponowane im przez Zarząd K. Ch. posady, przez co okazali się zdrajcami godności i etyki lekarskiej". Oto nazwiska tych panów: 1) Dr. Kelles-Krauz Stanisław, 2) Dr. Purec Jakób. 3) Dr. Taubenfeld Jakób, 4) Dr. Perelman Albert, 5) Dr. Lebkuchler Adam, 6) Dr. Cwibak Leon, 7) Dr. Wroński Stanisław, 8) Dr. Matera Piotr, 9) Dr. Zalewski Marjan, 10) Dr. Pakowski Witold. Związek Lekarzy P. P. — Oddział w Radomiu. Za przewodniczącego: *Dr. Neumann.* Sekretarz (podpis nieczytelny).

Ze świata.

Ubezpieczenia społeczne wolnych zawodów. W parlamencie Rzeszy niemieckiej postawiła partja demokratyczna wniosek, by zająć się kwestją, czy i w jaki sposób należy zaprowadzić ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy z powodu inwalidztwa lub starości i ubezpieczenie na wypadek śmierci dla lekarzy, aptekarzy, adwokatów, literatów, artystów i t. d. — W Bawarji podobne ubezpieczenie dla lekarzy, lekarzy-dentystów, weterynarzy i aptekarzy istnieje już od kilku lat.

Ubezpieczenie społeczne w Belgji. Projekt Ubezpieczeń społecznych przewiduje trzy działy: ubezpieczenie od chorób i inwalidztwa, ubezpieczenie od wypadków, wreszcie ubezpieczenie od choroby zawodowej. Ubezpieczenie od chorób i inwalidztwa będzie obowiązkowe dla każdej osoby, której dochody nie przekraczają 10.000 franków rocznie. Składki płacą pracodawcy i pracobiorcy. Dla uprawnienia działania tych ubezpieczeń przewiduje projekt stworzenie Wyższej Rdy Ubezpieczeń Społecznych Członkowie tej Rady mają być mianowani dekretem królewskim; między innymi ma być mianowanych dwóch lekarzy i dwóch aptekarzy, proponowanych przez organizacje lekarskie wzgl. aptekarskie i jeden lekarz delegowany z Lekarskiej Inspekcji Pracy. (Inspektion Medicale' du Travail). Rada ta wyłania z pośród siebie komitet lekarsko-farmaceutyczny składający się z 7 członków, między nimi dwóch lekarzy, jeden aptekarz, trzech delegatów organizacji ubezpieczonych, wreszcie jako siódmy delegat rządu. Służba lekarska i aptekarska będzie zorganizowana na zasadzie wolnego wyboru między praktykującymi lekarzami: do praktyki ma prawo każdy przez Państwo uznany lekarz, do sprzedaży lekarstw dla ubezpieczonych, każdy aptekarz, który pisemnie zobowiąże się uwzględniać taryfę i przepisy dekretu królewskiego, wydanego na podstawie opinji Wyższej Rady Ubezpieczeń. (Presse medicale). I ten projekt nie daje argumentów przemawiających za ustawowem, obowiązkowem wprowadzeniem ambulatorjów do lecznictwa K. ch. Na całym Zachodzie urządzono ambulatorja tylko w Niemczech za czasów inflacji.

Na XXXVIII Kongresie sanitarnym angielskim w Haitings od 11 do 16 lipca b. r., i na XXV Konferencji holenderskiego Związku kąpieli szkolnych i ludowych w Hadze 8 i 9 lipca był przedstawicielem Ameryki Polak, pułk. dr. Fronczak, naczelny lekarz m. Buffalo i dyrektor „American Association for Promoting Hygiene and Public Baths". W Hadze wygłosił dr. Fronczak wykład.

Wydział Lekarski Królewskiego Uniwersytetu w Perugji (Pérouse) ogłosił konkurs na międzynarodową nagrodę w kwocie 2000 lirów ustanowioną przez *Profesora Aureliusza Bianchi* za najlepszą pracę z dziedziny: *phonendoskopji, phonendometrji i phonendografji.* Prace zgłoszone do tego konkursu muszą obejmować obrobienie powyższego tematu tak pod względem doświadczalnym, jak i klinicznym. Do konkursu będą dopuszczone i prace wspólne dwóch lub więcej autorów, tudzież dwie lub więcej prac jednego autora, o ile odnoszą się do tematu konkursem ustanowionego. Prace do konkursu zgłoszone maja być spisane na maszynie w języku: włoskim, angielskim, francuskim, niemieckim, hiszpańskim lub portugalskim, nie mogą być podpisane przez autora, lecz oznaczone na zewnętrznej kopercie odpowiedniem godłem, a wewnątrz w osobnej zaklejonej kopercie ma być podane obok godła, jakiem jest oznaczona praca, także nazwisko i dokładny adres autora. W ten sposób zaopatrzone prace maja być wysłane pod adresem Sekretarza Królewskiego Uniwersytetu w Perugji (Pérouse) z notatką: dla konkursu prof. Aurelego Bianchi, najpóźniej do godziny 6-tej popołudniu dnia 24 maja 1928 r. Zgłoszone do konkursu prace będa osądzone przez osobną komisję wybraną przez Wydział lekarski Uniwersytetu w Perugji, po czem komisja ta przedstawi swe wnioski wspomnianemu Wydziałowi lekarskiemu, który ostatecznie rozstrzygnie konkurs. Przyznanie nagrody nastąpi najpóźniej w ciagu sześciu miesięcy po upływie terminu konkursowego. Praca odznaczona pozostanie własnością Królewskiego Uniwersytetu w Perugji, który zarządzi jej ogłoszenie. Jeśliby żadna z prac w terminie powyższym zgłoszonych nie została uznaną za godna nagrodzenia, wówczas Wydział Lekarski Uniwersytetu w Perugji będzie mógł przesunąć datę konkursem wyznaczoną.

Redakcja otrzymała.

Jan Nelken: „Orzeczenia sądowo-lekarskie". Wyd. Ofic. szkoły sanitarnej. 1927.

Dzieła wydane nakładem Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie: 1) *Karaffa-Korbut:* Nieszczęśliwe przypadki w przemyśle. 2) *Kosiński:* Technika mięsienia leczniczego. 3) Synonimy syntetycznych środków leczniczych. 4) Statut okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie.

Communiqué au conseil et aux membre de la Société des nation. Comité d'hygiène. Neuvième session. C. 107. M. 38. 127. III. Genève, mars 1927.

Société des nation. R. E. 104. Rapport épidémiologique. 6-me année Nr. 7 Genève 15 juillet 1927.

P. Nobécourt: „Clinique médicale des enfants". Affections de l'appareil urinaire. Wyd. Masson et Cie. Paris 1927.

Mikułowski W.: „Contribution a l'étude de l'anémie pernicieuse provoquée par le botriocephale large". Odb. z Archives de médecin des enfants. Tome XXX, Nr. 6, Juin 1927.

Ten sam: „Kamica pęcherzowa u dzieci". Odb. z Pedjatrji Polskiej. Tom VII, z. 3, 1927.

Ten sam: „Contribution a l'etude de la lithiase vesicale chez l'enfants". Odb. z Revue française de pédiatrie, Tome III, Nr. 2, 1927.

Ten sam: „A new vascular-endocoino-autonomic complex accompanied by cylindruria". Odb. z Folia clinica, chimica et microscopia, Vol. II, fasc. III, 1927.

Ten sam: „Ein Beitrag zur perniciösen Anämie durch Bothriocephalus latus verursacht". Odb. z Folia clinica, chimica et microscopia. Vol. II, fasc. III, 1927.

Ten sam: „Ein Beitrag zur Pathogenese der Bronchiektasien". Odb. z „Schweizerische Med. Wochenschrift". Jahrgang 57, Nr. 30 z r. 1927.

Ten sam: „O pielęgniarce społecznej" („wizytującej"). Odb. z „Opieki nad dzieckiem", rok V, Nr. 4, 1927.

V. Wallich-Ed. Lévy-Solal: „Eléments d'obstétrique". Masson et Cie. Paris 1927.